

UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

MÉMOIRE DE MAITRISE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES
SOIGNANTS FACE AUX RISQUES LIÉS A L'HÉPATITE B AU
C.H.U. DE FANN**

Présenté par :
Albert Gautier NDIONE

Sous la direction de :
Pr. Lamine NDIAYE
Maitre de Conférences

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2009-2010

REMERCIEMENTS

Au Professeur Lamine NDIAYE,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger mon mémoire. Je vous remercie de vos conseils et de votre engagement pour la cause des étudiants. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur Sylvain FAYE,

Vous avez accepté de m'encadrer pour ce travail. J'ai pu apprécier, durant ce parcours, vos qualités humaines et votre engagement pour la « socialisation scientifique des étudiants ». Vous m'avez accordé du temps et vous m'avez enseigné, par votre exemple, la rigueur de la recherche. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de toute ma reconnaissance et de ma plus grande estime.

Au Professeur Alice DESCLAUX

Vous avez accepté d'être mon maître de stage à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Nos remerciements vont ensuite à l'endroit de l'Institut de Recherche pour le Développement (**IRD**) pour son appui à la réalisation de ce travail en nous accueillant comme stagiaire dans l'Unité Mixte de Recherche 145 (sida et maladies associées) ainsi qu'à toute l'équipe du CRCF.

A M. Sylvain FAYE, au Pr Alice DESCLAUX, à M. Paul DIEDHIOU, à M Oumar BARRY, au Dr Tidiane NDOYE, à M. El Hadj Malick Sy CAMARA, à M. Mamadou BODIAN, à M. Olivier GENG, à M. Sidy BA, à M. Mouhamed Ahmed BADJI, à Mlle Sokhna BOYE, à Mlle Fatoumata Bintou SAMB pour les relectures scientifiques, les conseils et les orientations de ce travail. Recevez toute ma gratitude.

A ma sœur Marie Dominique NDIONE, à mon oncle Libasse BA, à Mlle BOKHOUM, à Mansour GBEDOSY pour leurs soutiens matériel. Soyez assurés de toute ma reconnaissance.

Et aux autres...

Sigles et abréviations

AES	Accident Exposant au Sang
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
CAP	Connaissances Attitudes et Pratiques
CES	Certificat d'Etude de Spécialisation
CHNU	Centre Hospitalier National Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
EPS3	Etablissement Public de Santé de niveau 3
IDE	Infirmier D'Etat
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
NRP	Ne Répond Pas
NSP	Ne Sait Pas
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SMI	Service des Maladies Infectieuses
SN	Service de Neurologie
TDO	Traitement Directement Observé
UCAD	Université Cheikh Anta Diop
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VHD	Virus de l'Hépatite Delta
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Résumé du mémoire

L'hépatite B est une maladie professionnelle. Le personnel travaillant dans les services d'urgence, les services impliquant des manipulations sanguines, sont les plus exposés. Or, du point de vue de la mise en œuvre de certaines normes dans les unités de traitement, les professionnels de santé remettent en doute les processus de protection mis à leur disposition. Cette situation, favorise la non utilisation des principes de protection comme l'usage des conteneurs, le port des gants, des lunettes, etc. Notre propos était de décrire les facteurs explicatifs des comportements des soignants face aux risques liés à l'hépatite B et la manière dont-ils les perçoivent, voire les gèrent, au quotidien.

L'enquête de terrain a été menée auprès des professionnels de santé impliqués dans les activités de soin dans deux services de l'hôpital Fann. Leurs comportements ont, le plus souvent, été décrits comme des pratiques hors normes. Cependant, il s'est beaucoup plus agi de l'applicabilité et/ou de l'adaptabilité des normes officielles que d'une déprofessionnalisation ou d'un comportement déviant des soignants.

Mémoire de maîtrise en sociologie/UCAD

NDIONE Albert Gautier/2009-2010.

Sommaire

SOMMAIRE.....	1
INDEX DES SCHÉMAS	6
INDEX DES TABLEAUX.....	6
INTRODUCTION GÉNÉRALE	8

PREMIÈRE PARTIE :

CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.....	12
CHAPITRE 1 : LE CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE	12
CHAPITRE 2 : LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	42

DEUXIÈME PARTIE :

HÉPATITE B, EXPOSITION AUX RISQUES, PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET FACTEURS EXPLICATIFS.....	57
CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE L'HÉPATITE B	57
CHAPITRE 2 : IDENTIFICATION DES SOIGNANTS	65
CHAPITRE 3 : LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	78
CHAPITRE 4 : LES FACTEURS EXPLICATIFS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	83
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	124
BIBLIOGRAPHIE.....	127
TABLE DES MATIÈRES.....	131

Index des schémas

Schéma 1 : récapitulation des hypothèses	28
Schéma 2 : Le virus de l'hépatite B.....	58
Schéma 3 : récapitulation de l'identification des enquêtés.....	77
Schéma 4 : récapitulation du niveau de connaissance de l'hépatite B chez les enquêtés.....	96
Schéma 5 : récapitulation des normes professionnelles et des dispositifs organisationnels.....	104
Schéma 6 : récapitulation des effets de l'indisponibilité technique	106
Schéma 7 : récapitulation des facteurs explicatifs liés au service	109
Schéma 8 : récapitulation de la construction du risque chez les enquêtés.....	117
Schéma 9 : récapitulation des facteurs explicatifs.....	123

Index des tableaux

Tableau 1 : récapitulation du concept de risque hépatite.....	32
Tableau 2 : récapitulation du concept de comportement à risque	34
Tableau 3 : description de l'effectif des différentes structures de soin à Dakar	42
Tableau 4 : description des effectifs du personnel dans les services du CHNU.....	44
Tableau 5 : description des effectifs des catégories de soignant dans les services cibles	46
Tableau 6 : description de l'échantillon de notre étude.....	47
Tableau 7 : récapitulation des soignants interrogés.....	50
Tableau 8 : croisement entre catégories de soignant et activités de soins.	66
Tableau 9 : croisement entre catégories et régularité de contact avec le sang	67
Tableau 10 : croisement entre contact avec le sang, catégories et fréquence des contacts	68
Tableau 11 : croisement entre accident d'exposition au sang au cours des deux dernières semaines et catégories.....	69
Tableau 12 : croisement entre médecins concernés par les activités de soins et leurs statuts.	70

Tableau 13 : croisement entre médecins, statuts et tâches.	71
Tableau 14 : croisement entre niveau d'étude et catégories	72
Tableau 15 : croisement entre ancienneté et catégories	74
Tableau 16 : croisement entre catégories et statut	75
Tableau 17 : croisement entre catégories et sexe	76
Tableau 18 : croisement entre les moments de partage de l'information et les modes de partage	79
Tableau 19 : croisement entre catégories de soignants et accident.	80
Tableau 20 : croisement entre complications et catégories de maladie.....	84
Tableau 21 : croisement entre les complications de la maladie et les catégories	85
Tableau 22 : croisement entre les catégories et la connaissance du virus responsable de l'hépatite B.	86
Tableau 23 : croisement entre les services, les catégories de soignants et la connaissance du virus responsable	88
Tableau 24 : croisement entre la connaissance des modes de transmission et les catégories.....	89
Tableau 25 : croisement entre les signes de la maladie et les catégories de soignant	90
Tableau 26 : croisement entre la connaissance des moyens de protection et les catégories de soignant	92
Tableau 27 : croisement entre la conduite à tenir après contact avec le sang et les catégories de soignant	97
Tableau 28 : croisement entre catégories et usage des moyens de protection.....	98
Tableau 29 : croisement entre catégories et non usage technique	98
Tableau 30 : croisement entre exposition et ce qui expose le plus au risque	111
Tableau 31 : croisement entre raison du non usage technique et autres moyens possédés	118

Introduction générale

La jaunisse, qui est l'ancienne appellation des hépatites virales, a été citée pour la première fois par le Talmud babylonien¹. L'école de médecine d'Hippocrate, 500 ans av. J.-C. a décrit la jaunisse et reconnu le foie comme l'organe responsable. C'est un médecin français, Chardon, qui en 1842 avança le premier l'hypothèse d'un agent infectieux : un miasme était responsable des épidémies de jaunisse. Ce n'est qu'en 1905 qu'un autre visionnaire, un écossais du nom de Mac Donal suggère que certaines hépatites graves étaient provoquées par un agent infectieux transmissible.

Le premier virus a été découvert en 1935 par Stanley. Ensuite, dans les années 1940, l'apparition du microscope électronique permis d'observer les virus pour la première fois². Le premier démembrement des hépatites a été réalisé au cours de la seconde guerre mondiale. Vingt-mille (20 000) conscrits enrôlés dans l'armée américaine ont reçu un vaccin contre la fièvre jaune, contaminé par un virus des hépatites (il s'agissait du virus B). Dans les années 70, B. S. BLUMBERG découvrit un antigène spécifique dans le sérum d'un aborigène australien infecté (antigène Australia, maintenant baptisé antigène HBs).

L'hépatite B est aujourd'hui une maladie qui, malgré l'existence d'un vaccin, est très répandue. On estime à environ 300 millions le nombre de porteurs chroniques du VHB dans le monde. Elle est considérée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme un problème majeur de santé publique. Son virus est plus dangereux que celui du sida du fait de sa résistance car, il peut rester sept jours hors de l'organisme. L'hépatite B est 100 fois plus infectieuse que le VIH³. L'Afrique tropicale se situe, d'après la répartition géographique de l'hépatite B de l'OMS, dans la zone à haute endémicité où le taux de mortalité y est très important. L'hépatite B est, par ailleurs définie comme étant une maladie professionnelle⁴. En effet les personnels travaillant dans les services d'urgence, les services impliquant des manipulations sanguines (les laboratoires par exemple), sont les plus exposés.

¹ OUZAN, D., *les hépatites et leurs virus*, Paris, Ellipses, 2000, p.5.

² Les virus des hépatites sont invisibles au microscope optique, in OUZAN, D., *ibid.*

³ MBAYE S., *Le vécu et la prise en charge des personnes vivants avec le virus de l'hépatite B*, mémoire de maîtrise en Sociologie, Faculté des lettres et sciences humaines, UCAD, Dakar, 2008.

⁴ OUZAN D., *ibid.*, p.27.

La transmission possible du VIH aux professionnels de santé lors des accidents exposant au sang (AES) a constitué dans les années quatre-vingt-dix un élément essentiel de réflexion pour analyser les facteurs de risque de ces accidents et développer des stratégies de prévention pour améliorer la sécurité des soignants. L'application systématique des précautions standards a notamment permis de diminuer la fréquence des AES. L'évitement de ces accidents n'est cependant pas absolue, d'où l'importance d'une surveillance des AES, mise en place au sein de chaque établissement de soins par le médecin du travail. Ceci permet de suivre leurs circonstances de survenue, qui peuvent varier en fonction de modifications dans l'organisation du travail, la formation des personnels, le choix de matériels.

Parallèlement à la surveillance des AES, a été mise en place un système de surveillance des contaminations professionnelles, qui permet de recenser les contaminations virales survenues chez des soignants suite à un AES et de caractériser ainsi les accidents à haut risque de transmission. Au Sénégal, cette surveillance est assurée par le ministère de la santé et plus particulièrement par le Programme National de Lutte contre les infections nosocomiales. Ce dernier a, entre autres objectifs, de réduire de 50% les AES dans les structures de soins⁵. Ces derniers concernent en particulier le VIH, le VHB et le VHC. Cependant, la probabilité de contact avec le VHB est, de toutes les AES, la plus élevée. En effet si celle-ci est de 0.3% pour le VIH et de 6% pour le VHC, elle est de 20 à 40% pour le virus de l'hépatite B⁶.

Il apparaît ainsi que les AES en général et ceux liés à l'hépatite B en particulier, sont dans les établissements de soin, un problème auquel les soignants font face dans l'exercice de leur profession. C'est ainsi que, les structures de soins, pour faire face à ce fait, élaborent le plus souvent des normes professionnelles qui s'imposent aux soignants. Ces normes professionnelles sont relayées par un dispositif organisationnel permettant aux pourvoyeurs de soins de les mettre en pratique. Cependant, tel que le disait Jean Pierre Olivier De SARDAN, les comportements des soignants ne suivent pas toujours les normes telles qu'officiellement établies. Les comportements réels, écrivait-il, ne sont pas simplement des déviations par rapport aux normes officielles, ils relèvent en fait d'autres normes, non dites, latentes, que l'on appellera normes pratiques. Autrement dit, les comportements, dont on

⁵ NDOYE B., NDIAYE M., COUMBASSA J. et al., « Expériences sénégalaises dans la lutte contre les infections associées aux soins », <http://www.sante.gouv.sn/IMG/pdf/posterbizer.pdf>, consulté le 6 Décembre 2010 à 11h50.

⁶ REBAUDET S., KRAEMER P., SAVINI H., et al., « Le risque nosocomial en Afrique Intertropicale - Partie 3 : Les infections des soignants », *Médecine tropicale*, n°67, 2007, p.292.

constate qu'ils ne suivent pas les normes officielles, ne sont pas simplement erratiques, non conformes, aléatoires, ils sont réglés pas d'autres normes de fait, qu'il convient de "découvrir"⁷. La recherche que nous tentons de mener se propose ainsi de décrire les comportements professionnels en rapport avec l'hépatite B. Puis, nous tenterons de documenter les principaux facteurs qui expliquent ces comportements. Notre travail sera ainsi divisé en deux grandes parties. Dans la première, nous présenterons le cadre théorique et la méthodologie de recherche. Il s'agira, dans cette partie de démontrer la pertinence du questionnement de recherche puis de déterminer le terrain, la méthode et les outils de recherches. Dans la deuxième partie, nous présenterons les résultats de la recherche. Des descriptions seront faites et des corrélations établies.

⁷ DE SARDAN J.O., « Pourquoi le malade anonyme est-il si "maltraité" ? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé », in JAFFRE Y. et OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003, p269.

PREMIÈRE PARTIE : LE CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE I : LE CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

Le cadre théorique de ce travail consiste à élucider notre problème. Ainsi, à partir de ce dernier, nous élaborerons des hypothèses et des objectifs de recherche et un modèle d'analyse. Cependant, nous commencerons d'abord par faire l'état des lieux des recherches sur notre thème.

1.1. REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE

La collaboration entre sciences sociales et santé a constitué une des idées de SAN MARTIN Hernan dans son ouvrage intitulé *santé publique et médecine préventive*⁸. L'auteur souligne la place prépondérante des sciences sociales en matière de santé. Evoquant les dires de SINGER selon lesquels « l'objectif de la médecine et des professions de santé est social et, en fait, science sociale », il replace l'homme, qui plus est la société au centre de l'analyse. A en croire l'auteur, l'action de l'homme sur son environnement ne saurait laisser la santé permanente ou stable. Du coup, la santé⁹ permanente reste une utopie chez l'homme. Tout ce que SAN MARTIN veut démontrer, c'est que la santé, aussi bien que la maladie, n'existent pas en elles mêmes indépendamment de l'homme et de son environnement. Elles seraient plutôt liées au mode de vie humain, aux conditions économiques, culturelles et sociales qui sont très variables d'une société à une autre.

De même, TOFFOL et BAGROS¹⁰ s'inscrivant dans la même perspective de transdisciplinarité, ne prennent pas pour autant la même voie que SAN MARTIN. Ils reconnaissent certes que les sciences sociales ont leur place dans le champ de la santé mais ils défendent particulièrement l'idée selon laquelle les sciences sociales doivent être enseignées en médecine. Ils soulignent le fait que l'exercice médical est de nature relationnelle et ne peut être réduit à la simple application d'un savoir scientifique portant sur le corps objet et les maladies. Jean BENOIST¹¹, quant à lui, donne un point de vue un peu plus distant. L'auteur

⁸ SAN MARTIN Hernan, *Santé publique et médecine préventive*, Paris, Masson, 1987.

⁹ Faudrait-il souligner que la notion de santé, dans la perspective où l'auteur l'utilise désigne « un état organique dynamique d'équilibre socio-écologique [...] sans cesse remis en question, de l'homme à un environnement global où il vit ».

¹⁰ TOFFOL (DE) B. et BAGROS P., *Introduction aux sciences humaines en médecine*, Paris, Ellipse, 2001.

¹¹ BENOIST J., « Sur la contribution des sciences sociales à l'explication médicale », *Anthropologie et sociétés*, vol. 5 N° 2, 1981, pp. 5-15.

partage certes le point selon lequel les sciences humaines doivent s'investir dans le champ de la santé mais il l'aborde de manière opposée à celle des autres auteurs. L'intérêt n'est guère de faire travailler chaque discipline à part, mais plutôt de créer un centre unique de réflexion transversal. Et c'est ainsi que, selon BENOIST l'anthropologie de la santé innove ; en se constituant en champ autonome, elle prend vis-à-vis des cadres de référence traditionnels une distance qui lui permet un renouvellement. Elle se permet également d'insérer les sciences sociales dans son arsenal théorique au même titre que la médecine a su user des sciences physiques et naturelles. Poursuivant son analyse, l'auteur écrit que la santé est un objet bio-culturel qui marque de manière profonde la mutation des sciences¹². L'objet bio-culturel implique une collaboration ; celle où les connaissances nouvelles se multiplient par leur rencontre.

L'intérêt que présente le travail de BENOIST est double. Il a d'abord le mérite d'avoir dévoilé les limites de l'interdisciplinarité prônée entre les sciences qui reste tout simplement un concept mais n'apparaît guère dans la pratique. Il montre ensuite comment l'anthropologie de la santé pouvait se construire par la collaboration de plusieurs sciences et produire un discours original, fruit de la construction par collaboration. Cependant, vouloir créer un nouveau champ de réflexion implique au moins l'élaboration d'une méthodologie de travail. En d'autres termes, l'auteur a évoqué l'anthropologie de la santé comme discipline fondamentale sans pour autant nous dire à quelle approche recourir pour ce projet.

C'est sans doute à cette exigence méthodologique que vient répondre l'ouvrage de MASSE. Il pose dans la première partie de son ouvrage intitulé *culture et santé publique*¹³ les bases de l'anthropologie de la santé. Il a su montrer comment cette sous discipline de l'anthropologie générale s'est constituée, à partir de quelques sources historiques, en sciences autonome et noble. L'auteur a ensuite montré les approches méthodologiques en anthropologie de la santé. En effet, MASSE a montré, tout en les définissant, l'importance des approches émiques et étiques dans la recherche. Il souligne justement la nécessité de recourir à une méthodologie scientifiquement valide quand on entreprend d'étudier de l'intérieur ou de l'extérieur la compréhension que les gens ont des choses.

¹² BENOIST écrivait fort justement par rapport à cette problématique de la dynamique évolutive des sciences, « l'histoire des sciences de la vie s'accomplit par la constitution d'un nouvel objet scientifique en biologie. N'entendons pas là un objet traité en commun par plusieurs disciplines, mais un objet construit expressément comme effet de leur collaboration ».

¹³ MASSE R., *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin, 1995.

La perspective est ainsi ouverte pour le chercheur en anthropologie de la santé qui s'approprie non seulement un objet d'étude mais aussi une méthodologie inhérente à la discipline elle-même. C'est ainsi que la réflexion sur la maladie, les structures de soins, les itinéraires thérapeutiques, les politiques de santé, les professionnels de santé etc. intègrent l'univers de recherche de l'anthropologie de la santé.

Tel est le projet de MEBTOUL¹⁴. Ses écrits s'inscrivent dans une perspective de réflexion sur quelques acteurs sociaux et en particuliers sur les médecins¹⁵. S'intéressant à la question de santé, l'auteur dévoile tout d'abord l'écart qu'il y a entre le modèle professionnel d'une part et les pratiques quotidiennes socio sanitaires de l'autre. Ainsi, bien que les professionnels de santé soient le support d'une réglementation de leurs conduites et pratique, il y a des dérives qui entraînent parfois des dysfonctionnements au sein mêmes des structures de soin. Ce dysfonctionnement notoire indique, selon l'auteur, que la profession médicale est dépendante d'autres actes professionnels et sociaux.

La perspective de MEBTOUL est de décrire et d'analyser les nombreuses dérives au cœur des formations sanitaires en focalisant son regard sur les interprétations plurielles des médecins. Il s'agit d'insister sur le fonctionnement au quotidien des structures de santé¹⁶. A partir de ses investigations, MEBTOUL fait référence à trois aspects importants : la déconstruction du modèle professionnel, la banalisation sociale des espaces de santé et la fragilisation des rapports entre les acteurs sociaux.

MEBTOUL a su faire la différence entre ce que devraient être les choses et ce qu'elles sont réellement. Il apparaît dans son livre que, bien qu'il existe un modèle professionnel régulateur des actes, les pratiques quotidiennes suivent parfois des dynamiques qui leurs sont propres. Il importe alors de souligner le choix opéré par l'auteur d'avoir fait recours à la sociologie de la quotidienneté et d'avoir montré en dernière instance les stratégies mises en œuvre par les soignants dans ce contexte de crise dans les structures de soins publiques.

¹⁴ Mohamed MEBTOUL est sociologue, enseignant-chercheur à l'Université d'Oran. Il est le pionnier en Algérie dans les recherches socio anthropologiques sur les questions de santé. Depuis 2001, il est directeur du laboratoire de recherche en anthropologie de la santé (Université d'Oran).

¹⁵ MEBTOUL M., *Sociologie des acteurs sociaux. Ouvriers, médecins, patients*, Oran, publications GRAS, 2007.

¹⁶ Faudrait-il souligner à cet effet que notre auteur a utilisé pour modèle d'analyse la sociologie de la quotidienneté (De CERTEAU, 1998 et JAVEAU, 1991).

Quant à la profession du personnel para médical, l'auteur montre la place et le rôle de ces derniers dans la structure sanitaire. Ils sont, souligne MEBTOUL, premier acteur à être au devant de la scène socio-sanitaire. Il les dessine sous l'image de victimes, de « boucs-émissaires » confrontés directement aux multiples dysfonctionnements de la structure de soin. Ainsi, dans le contexte de crise évoqué par l'auteur, l'infirmier est au centre du processus de « victimisation ».

L'analyse de FAYE s'inscrit dans cette perspective. Dans son article intitulé « l'anthropologie et l'intervention sanitaire dans le cadre de la lutte antipaludique au Sénégal : analyses des mises en acte du personnel soignant et usages des savoirs produits »¹⁷, il a montré que, bien qu'il y ait une diversité d'acteurs (médecins, matrones, infirmiers, techniciens de laboratoire), les agents de santé et les relais communautaires sont les prestataires de soins de premier rang bien que n'ayant pas les compétences requises. Il montre alors le déphasage véritable en matière de formation puisque les véritables acteurs en matière de prise en charge ne sont jamais les véritables cibles. Il s'en suit parfois des pratiques médicales qui sont le fruit d'un savoir bricolé sur le tas par ces mêmes acteurs. C'est ainsi qu'on peut noter la prise d'initiative assez fréquente chez les soignants afin de mieux adapter les normes aux réalités dans les services de santé.

Les écrits de MEBTOUL et FAYE nous ont apporté des éléments d'analyses intéressants dans le domaine de la profession médicale. Ils nous ont, en effet, donné des aperçus sur les pratiques médicales dans un contexte de désordre socio-sanitaire (MEBTOUL) et les véritables acteurs ou prestataires de services dans les structures de soins (MEBTOUL et FAYE). Ils laissent apparaître un déphasage qui existe entre ce qui est officiellement établi, et la réalité des pratiques au quotidien dans le monde spécifique des professionnels de santé. Jean Pierre Olivier de SARDAN, dans cette perspective de distinction des normes sous tendant l'exercice des professionnels de santé écrivait que :

« Les comportements réels ne sont pas simplement des déviations par rapport aux normes officielles, ils relèvent en fait d'autres normes, non dites, latentes, que l'on appellera normes pratiques. Autrement dit, les comportements, dont on constate qu'ils ne suivent pas les normes officielles, ne sont pas simplement

¹⁷ FAYE S.L., « l'anthropologie et l'intervention sanitaire dans le cadre de la lutte antipaludique au Sénégal : analyses des mises en acte du personnel soignant et usages des savoirs produits », Revue *Sociologie, Anthropologie, Psychologie*, N°01, Presses Universitaires de Dakar, 2009, pp.137-163.

erratiques, non conformes, aléatoires, ils sont réglés pas d'autres normes de fait, qu'il convient de "découvrir" ». ¹⁸

Si MEBTOUL fait ainsi référence à la déconstruction du modèle professionnel, la banalisation sociale des espaces de santé et la fragilisation des rapports entre les acteurs sociaux, FAYE, quant à lui, dévoile les réalités sur les véritables acteurs en matière de prise en charge. Ce premier pas pour renseigner le contexte des professionnels de santé nous semble essentiel avant de passer en revue la littérature sur les questions spécifiques de notre problématique. Celle-ci cherche à appréhender les pratiques médicales professionnelles en rapport avec leurs connaissances et représentations sur l'hépatite B.

AKHDAR Ahmed, dans sa thèse de doctorat en médecine ¹⁹ a mené une recherche importante sur les professionnels de santé au Sénégal. Dans ce travail, l'objectif général de l'auteur était d'évaluer la situation vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B chez les professionnels de santé du Sénégal. Pour ce, l'auteur a d'abord évalué leur niveau de connaissance sur ce vaccin et a cherché à faire ressortir leurs comportements face à la pratique de la vaccination contre l'hépatite B. Il s'agit pour AKHDAR de faire une étude transversale sur une longue période chez les professionnels de la santé (personnel médical, paramédical et communautaire) du Sénégal.

Cette enquête a permis d'évaluer la situation vaccinale vis-à-vis de la maladie de l'hépatite B chez les soignants. Les résultats ont montré que 85% des personnes enquêtées ne sont pas vaccinées. Mais il y a une distinction que l'auteur établit entre les différentes catégories de professionnels de santé :

- les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes sont les mieux vaccinés avec les taux respectifs de 29.5%, 15.4% et 14.3% ;
- les agents d'hygiène, infirmiers, ASC, matrones, aides infirmières sont moins bien vaccinés avec des taux respectifs de 9.5%, 9.1%, 4.5%, 1.4% et 1.4% ;
- chez les agents de laboratoires et assistants sociaux, la couverture vaccinale est nulle.

¹⁸ DE SARDAN J.O., « Pourquoi le malade anonyme est-il si "maltraité" ? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé », op. cit., p.269.

¹⁹ AKHDAR A., *Enquête nationale sur la vaccination anti-hépatite B chez les professionnels de la santé au Sénégal*, Thèse de doctorat, Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie, UCAD de Dakar 2000.

Ces statistiques d'AKHDAR laissent apparaître une variation du statut vaccinal selon les catégories de soignants. Ces données permettent ainsi de voir quelle est la population la plus exposé au risque lié à l'hépatite B.

L'auteur évoque ainsi des facteurs socio-démographiques qui, selon lui, jouent sur le statut vaccinal des soignants. Des variables comme l'âge et le sexe ont été évoquées à cet effet. La vaccination, selon l'auteur, est plus importante et de meilleure qualité chez les agents de santé de sexe masculin, ayant trente (30) ans ou plus. La variable d'ancienneté a aussi été déterminante. Le personnel ancien, comme le souligne l'auteur, ayant dépassé une décennie dans la profession, est plus vacciné contrairement aux nouvelles recrues ou au personnel n'excédant pas dix ans de service.

Le niveau de connaissance des professionnels de santé sur la vaccination a été mal apprécié à cause de la coïncidence avec le démarrage de la campagne de médiatisation sur le vaccin contre l'hépatite B intervenue en plein enquête de terrain de l'auteur. Cette campagne selon AKHDAR a eu un impact réel et déterminant puisque le niveau de connaissance des agents de santé se trouve fortement rehaussé aussi bien en ce qui concerne la pratique de la vaccination que le coût actuel d'une dose de vaccin.

Le travail d'AKHDAR laisse toutefois, non réglés quelques questionnements. Tout d'abord, il s'agit des représentations et perceptions que les soignants peuvent avoir sur le vaccin. Ceci pourrait être un indice de mesure de la réticence de certains soignants face à la vaccination. Par ailleurs, la notion de vaccination appartient à un champ plus large qui est celui de prévention ou, mieux, de protection. Il s'agit, dans sa recherche d'une protection contre une maladie bien déterminée : l'hépatite B. Il est alors admis qu'il y a, dans ce champ de la protection, en dehors de la vaccination, d'autres modalités de protection qui semblaient important à rechercher. De fait, AKHDAR n'a pas démontré s'il y avait d'autres moyens de protection auxquels les professionnels de santé avaient recours.

Dans sa thèse de doctorat en pharmacie (UCAD), Halima RHANIM a tenté de décrire les connaissances, attitudes et pratiques chez les professionnels de la santé par rapport à l'hépatite B au CHU de Rabat (Maroc)²⁰. Dans ce travail, elle commence tout d'abord par renseigner les principales connaissances que les soignants ont de cette maladie ; elle cherche

²⁰ RHANIM H., *Hépatite B : connaissances, attitudes et pratiques chez les professionnels de la santé au CHU de Rabat (Maroc)*, thèse de doctorat en Médecine, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2001.

également à dévoiler l'attitude de ces derniers face aux mesures de prévention de l'hépatite B. Il s'agit en d'autres termes de voir si le personnel soignant du CHU use effectivement des mesures de protection pour prévenir la maladie. En usant d'une méthodologie quantitative, l'auteur parvient à des résultats très intéressants. En mesurant d'une part le niveau de connaissance de l'hépatite B et de l'autre l'usage des moyens de protection, elle nous dévoile l'existence d'un gap. En effet, les professionnels de santé du CHU ont un bon niveau de connaissance de la maladie et surtout de leur exposition face au risque de contamination mais n'utilisent pas toujours les moyens de se protéger. A cet effet, plusieurs raisons ont été évoquées qui, parfois, n'émanent pas des soignants mais plutôt de l'indisponibilité technique (manque de gants, de lunettes, de conteneurs, etc.). C'est dire, en un mot que l'auteur évoque, comme facteur explicatif la défaillance technique.

RHANIM a ce mérite d'avoir effectué ce travail de mesure du niveau de connaissance d'une maladie chez les professionnels du secteur. Après avoir mesuré de part et d'autre le niveau de connaissance de la maladie et l'usage des moyens de protection, elle n'a cependant évoqué qu'un seul facteur explicatif ; à savoir la défaillance technique. Elle n'a pas évoqué d'autres facteurs susceptibles d'expliquer le comportement des soignants. C'est donc dire qu'il y a un travail de diversification des facteurs explicatifs qui pouvait être fait et qui, malheureusement, a été omis ; ce qui ne fut le cas dans l'étude de Fatoumata HANE, Abdou Salam FALL et Bla Claire KONAN²¹. Leur propos était de décrire les comportements des soignants face au risque de contamination en rapport avec leur connaissance de la maladie. Il ne s'agit pas du risque de contamination par l'hépatite B mais ce qui fait la pertinence et l'importance de leur travail, c'est qu'ils ont su mesurer l'influence du niveau de connaissance et de perception d'une maladie sur les pratiques professionnelles. Leur intuition est que le passage des savoirs à la pratique est largement déterminé par le ressenti des personnels de santé qui demeure le reflet de leurs perceptions et représentations. Ils ont identifié quatre pôles dans la gestion des risques que sont : les perceptions du personnel, les normes professionnelles, les comportements des personnels et le dispositif organisationnel. Leur analyse, tendant à une macrosociologie, montre le rôle partagé entre la structure de soin et les individus (professionnels de santé) dans l'idée de gestion du risque.

²¹ HANE F., FALL A.S. et KONAN B.C, « L'appréhension du risque face à la tuberculose », in FALL S., VIDAL L. et GADOU, *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, l'Harmattan, 2005.

Les résultats de leurs études ont montré que les normes professionnelles ou le dispositif organisationnel infléchissent très peu les attitudes des soignants. Ces dernières sont plutôt la résultante des perceptions et représentations qu'ils ont des menaces, des dangers bref, des risques de contamination. Ainsi, à la question de savoir comment est ce que les soignants se comportent devant un patient jugé contagieux, les auteurs décrivent les nombreuses stratégies que les professionnels mettent à l'œuvre.

En définitive, ce que nos auteurs nous ont appris des rapports entre perceptions et gestion des risques, c'est que les espaces de soins que sont les unités de traitement et les laboratoires sont perçus de manières variables selon qu'on y est affecté, qu'on y travaille ou que l'on intervienne dans les autres services qui composent la structure de santé.

La question que l'on se pose à la lecture de ce travail est celle relative à l'éthique de la profession médicale. En effet, le soignant, en adoptant des stratégies ne respectant aucune norme professionnelle comme « l'évitement de tout malade jugé contagieux », ne remettent-ils pas en cause le principe même de la déontologie dans l'exercice de la profession médicale. Ce n'est pas seulement à la déprofessionnalisation que renvoient ces stratégies individuelles des soignants mais aussi à des logiques contradictoires. En effet, si le personnel refuse de soigner en écartant ou en évitant le patient, ne s'inscrit-il pas en faux contre sa vocation professionnelle. Cependant, loin de les juger, nous concevons qu'il y a des facteurs explicatifs à ces pratiques professionnelles. Des auteurs comme REBAUDET, KRAEMER et SAVINI évoqueraient le risque d'exposition des soignants comme un fait significatif dans l'explication de leurs pratiques. Dans leur article intitulé « Le risque nosocomial en Afrique Intertropicale », REBAUDET, KRAEMER, SAVINI, et al.²² dévoilent que les infections nosocomiales des soignants ont longtemps été négligées du fait d'une incidence bien inférieure à celle des malades. Les taux de prévalence inquiétants de nombreuses maladies infectieuses, associés aux difficiles conditions matérielles et humaines de l'exercice médical dans cette région du monde, font pourtant redouter qu'elles ne soient un problème sanitaire majeur. Pendant des décennies, poursuivent les auteurs, le risque nosocomial des soignants n'a pas été considéré comme une priorité de santé publique, ni par les autorités sanitaires nationales ou internationales, ni par les bailleurs de fonds et organisations d'aides médicales,

²² REBAUDET S., KRAEMER P., SAVINI H., et al., *Le risque nosocomial en Afrique Intertropicale - Partie 3 : Les infections des soignants*, Médecine tropicale, n°67, 2007.

qu'elles soient institutionnelles ou non gouvernementales. A l'exception de l'Afrique du Sud, le sous-continent noir souffre d'un déficit avéré de recensement des accidents et des maladies liées au travail, notamment dans le domaine de la santé. Les structures administratives nécessaires sont souvent absentes, les procédures de déclaration, quand elles existent, sont mal connues des personnels de santé

Leur travail ouvre des perspectives de recherches intéressantes. En effet, la question qui se pose est celle de savoir s'il faut uniquement imputer cette exposition des soignants à cette absence technique sur laquelle insistent les auteurs. Il nous semble que des facteurs individuels nécessitaient également d'être questionnés. Tel fut le mérite du travail de RHANIM qui, en plus du facteur technique, a su interroger, dans le cadre de leurs attitudes professionnelles, l'effet de la connaissance de la maladie. Seulement, pour son cas, les deux entités, à savoir, les connaissances de la maladie d'une part et les pratiques de l'autre, ont été documentées séparément. On n'est pas éclairé, à la lecture de son travail, sur le facteur le plus déterminant des pratiques professionnelles comme ce fut le cas dans l'article de HANE, FALL et KONAN. Reste à préciser que pour ce présent travail, il s'agissait d'une maladie autre que l'hépatite B. en effet, il s'agissait de la tuberculose qui a des modes de transmission différents de ceux de l'hépatite B. Notre propos, loin de toutes ces préoccupations des auteurs sus mentionnés, semble innovateur dans ce champ spécifique de recherche. Nous cherchons, à travers les connaissances et les perceptions de l'hépatite B d'une part et l'environnement sanitaire de l'autre, à analyser les comportements professionnels liés à cette maladie. Des descriptions seront faites et des corrélations établies afin d'exposer le ou les facteurs les plus déterminant des pratiques des soignants.

1.2. PROBLÉMATIQUE

Les hépatites virales constituent un problème de santé publique en raison de leurs prévalences respectives et de leurs conséquences lourdes sur le plan économique²³. Plusieurs virus sont responsables des hépatites virales, cette maladie que l'on appelait autrefois la jaunisse.

²³ LEFRERE, J.-J., LUNEL, F. *et al.*, *Guide pratique des hépatites virales*, Paris, Editions Médicales Spécialisées, 1998, p. XI.

Le virus originel a été découvert en 1935 par Stanley. Ensuite, dans les années 1940, l'apparition du microscope électronique permit d'observer les virus pour la première fois²⁴. Le démembrement initial des hépatites a été réalisé au cours de la seconde guerre mondiale. Vingt-mille (20 000) conscrits enrôlés dans l'armée américaine ont reçu un vaccin contre la fièvre jaune, contaminé par un virus des hépatites (il s'agissait du virus B). L'existence du VHB (désignant le virus de l'hépatite B) fut confirmée par la survenue, pendant cette même guerre, de plusieurs milliers d'hépatites dont une cinquantaine mortelle chez ces mêmes soldats américains²⁵.

Le VHB reste aujourd'hui très répandu dans le monde. Si le développement récent d'une vaccination a permis de réduire sensiblement le nombre de nouveaux cas essentiellement dans les pays développés, on estime à environ 300 millions le nombre de porteurs chroniques du VHB dans le monde. En Afrique tropicale, la maladie reste également très contagieuse et le risque de mortalité y est très important. Le Sénégal se trouve dans la zone intertropicale africaine la plus touchée par le VHB. Les enfants y sont contaminés tôt, dès les premières années de la vie. En effet, 20% le sont avant l'âge de 1 an, 70% avant 3 ans, 85% avant 15 ans ainsi que 95% des adultes²⁶.

C'est dire l'importance du problème de santé publique posé par ce virus qui relève à la fois de son épidémiologie, de la prise en charge, mais aussi du fait que, la découverte d'une hépatite B doit pousser à la recherche d'autres maladies sexuellement transmissibles (MST) et en particulier le sida. Selon Patrick YENI :

« du fait de modes de transmissions commun au VIH et au VHB (par voie sanguine, sexuelle ou de la mère à l'enfant), la prévalence de la co-infection par le VHB dans la population des personnes infectées par le VIH est élevée ».²⁷

Ainsi, cette contamination rapide de l'hépatite B doublée à cette co-infection potentielle avec le VIH suscite sans nul doute une peur profonde de cette maladie, qui amène les personnes à recourir à des thérapeutes pour sa prise en charge.

²⁴ Les virus des hépatites sont invisibles au microscope optique, in OUZAN, D., op.cit., p.19.

²⁵ LEFRERE, J.-J., LUNEL, F. *et al.*, op. cit., p.17.

²⁶ AKHDAR A., op. cit., p.15.

²⁷ YENI P., (sous la dir. De), *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, Paris, Flammarion, 2006, p.198.

Par ailleurs, les établissements de santé dans lesquels exercent les professionnels de santé sont un itinéraire possible pour les populations en cas de malaise²⁸. Certaines personnes connaissent d'ailleurs leur statut sérologique lors d'un recours à un centre de santé ou à un hôpital. C'est donc dire que cette pathologie peut être découverte chez des patients qui ont recours à l'hôpital pour des soins autres que l'hépatite B. L'hôpital FANN par exemple, et le service clinique des maladies infectieuses en particulier, est le service de référence national pour la prise en charge de la pathologie infectieuse²⁹. C'est un service de dernier recours placé au sommet de la pyramide sanitaire.

Les soignants exerçant dans ces milieux professionnels deviennent du coup impliqués dans le processus de prise en charge de la maladie. En cas d'hépatite virale par exemple, le soignant est en rapport direct avec le patient pour traiter l'infection. Qui plus est, le nouveau dispositif de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par le Traitement Directement Observé (TDO) invite à plus d'interaction, de communication, de contact avec les malades. Voici alors que le TDO, en tant que norme professionnelle, crée un rapport soignant-soigné intense. Ce rapport avec les soignés n'est pas sans exposer le soignant au risque de contamination. En effet, la transmission sanguine suite à un accident d'exposition au sang (AES) est réelle malgré la sous-déclaration des AES. Ainsi, tous les personnels de santé, de recherche biologique, d'intervention urgente ou de nettoyage sont exposés au risque de contact avec le sang contenant des agents viraux, bactériens, fongiques ou parasites³⁰. Une méta-analyse de l'OMS en 2005 l'évaluait à 2,1 AES par personnel de santé par an pour l'ensemble du continent africain, contre 0,64 pour l'Europe de l'Ouest et 0,18 pour l'Amérique du Nord. Une étude récente conduite dans des hôpitaux d'Afrique de l'Ouest estimait cette incidence à environ 1,8 par chirurgien par an, 0,6 par infirmier par an et 0,3 par médecin par an. Une piqûre par aiguille creuse contaminée étant en cause dans près de 70% des cas³¹. Le VIH, les virus des hépatites B et C (VHB, VHC) étant au centre des

²⁸ Il convient cependant de rappeler à cet effet que les structures modernes de soins ne sont pas les seules itinéraires thérapeutiques en cas de maladie. BENOIST J. écrivait justement que « le rôle qu'on attend du médecin c'est d'être le technicien d'un type particulier de recours » BENOIST J., « Sur la contribution des sciences sociales à l'explication médicale », *Anthropologie et sociétés*, Vol. 5, n°2, 1981, p.14.

²⁹ DIA B., *La prise en charge des malades du paludisme grave à la clinique des maladies infectieuses de l'hôpital FANN de Dakar*, mémoire de maîtrise, département de sociologie, FLSH, UCAD, Dakar, 2008, p.42.

³⁰ TARANTOLA A., « Les risques infectieux après accident exposant au sang ou aux liquides biologiques », Groupe d'Etude des Risques d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES), Faculté X. BICHAT, Paris, France, in <http://www.geres.org/docpdf/hg03at.pdf>, consulté le 02-07-10 à 12H52mn à Dakar.

³¹ S. REBAUDET, P. KRAEMER, H. SAVINI, et al., *Le risque nosocomial en Afrique Intertropicale*, op. cit., p.292.

préoccupations. Cependant, la probabilité de contact avec le VHB est, de toutes les AES, la plus élevée. En effet si celle-ci est de 0.3% pour le VIH et de 6% pour le VHC, elle est de 20 à 40% pour le virus de l'hépatite B³². L'hépatite B est, par ailleurs définie comme étant une maladie professionnelle³³. En effet les personnels travaillant dans les services d'urgence, les services impliquant des manipulations sanguines (les laboratoires par exemple), sont les plus exposés. Le Sénégal, en outre, fait partie, par rapport à l'hépatite B, des zones à haute endémicité avec 17% de la population atteints par une hépatite chronique³⁴. L'étude réalisée sur la séroprévalence du VHB parmi la population des soignants au Sénégal nous rapporte une prévalence de 17.8%³⁵.

Or, du point de vue de la mise en œuvre de certaines normes dans les unités de traitement, les personnels de santé remettent en doute les processus de protection mis à leur disposition. Une descente sur le terrain permet de constater que les pourvoyeurs de soins n'utilisent que très rarement les principes de protections que leur impose la profession. Le lavage des mains ne suit pas toujours les procédés officiellement établis et dictés sous forme d'affiches devant les lavabos ; les aiguilles utilisées sont rarement isolées dans des conteneurs mais plutôt dans des poubelles que vident ensuite les techniciennes de surfaces ; le port des gants reste négligé ou se fait très incorrectement (usage d'un seul gant pour une seule main lors des prises en charge) ; les désinfectants (eau de javel, solution hydroalcoolique, etc.) sont, parallèlement au lavage des mains, utilisés à d'autres fins. Ils adoptent par ailleurs des stratégies d'évitement et de mise à distance jugées plus efficaces dans la gestion au quotidien du risque de contamination³⁶. Ainsi, selon HANE, FALL et KONAN, à cause de la banalisation du risque, les soignants n'hésitent pas à prendre des risques pour se conformer aux normes du service ou par crainte d'être marginalisé par leurs collègues.

Ceci, dira-t-on, ne veut nullement dire que les soignants ignorent la présence du risque dans l'exercice de leur profession. Ce qui, en fait, explique leur comportement est la manière dont ils perçoivent ce risque. En effet, le risque est d'abord, selon PARDO³⁷, un

³² S. REBAUDET, P. KRAEMER, H. SAVINI, et al., *ibid.*

³³ OUZAN D., *op. cit.*, p.27.

³⁴ Voir carte représentative de l'épidémiologie de l'hépatite B en annexe 2.

³⁵ ROMIEU I., SOW I., LU S. et al., "Prevalence of hepatitis B markers among hospital workers in Senegal". *Medecin Virology*, n°4, 1989.

³⁶ HANE F., FALL A. S. et KONAN B. C., "L'appréhension des risques face à la tuberculose", *op. cit.*, p.141.

³⁷ PARDO M., « Sociologie et risque : nouveaux éclairage sur les facteurs sociaux et la participation publique », in *MANA*, Revue de Sociologie et d'Anthropologie, n° 10-11, Université publique de Navarre, 2002, pp.285-305.

mode de représentation spécifique, une posture particulière. De fait, quand le sociologue étudie comment est-ce que les individus se représentent le risque, le construisent et lui donnent sens, il observe souvent un déni du risque³⁸.

Notre propos est de décrire, dans un contexte professionnel où le risque d'AES lié au VHB se fait menaçant, les facteurs explicatifs des comportements des soignants face à ce risque et la manière dont-ils le perçoivent, voire le gèrent, au quotidien. Nous sommes donc face à un contraste dans la mesure où l'environnement du soignant est très exposé aux risques liés à l'hépatite B tandis que les pratiques professionnelles ne sont pas toujours conformes aux normes en matière de mesure de protection.

Dans sa thèse de doctorat, Halima RHANIM nous montrait déjà que les soignants pouvaient avoir un bon niveau de connaissance de l'hépatite B sans pour autant que le risque qui lui est lié soit géré dans leurs pratiques professionnelles quotidiennes. En mesurant d'une part le niveau de connaissance de l'hépatite B et de l'autre l'usage des moyens de protection, elle nous dévoile l'existence d'un gap. En effet, les professionnels de santé du CHU ont un bon niveau de connaissance de la maladie et surtout de leur exposition face au risque de contamination mais n'utilisent pas toujours les moyens de protection. Ces connaissances objectives que nous décrit RHANIM sont, selon AKOUN et ANSART les caractéristiques fondamentales des professionnels. En effet, quand on parle de professionnel de santé, on sous-entend implicitement un ensemble de caractéristiques objectives qui lui confère son statut. Il y a entre autres caractéristiques la formation préalable de l'individu qui est un itinéraire pour aboutir à la fonction exercée³⁹. Ici, c'est la question relative aux connaissances des soignants sur l'hépatite B et sur le risque qui lui est lié qui se pose. Quelles sont les connaissances que les pourvoyeurs de soins ont de l'hépatite B ? Quel est le rapport entre ces connaissances et les pratiques quotidiennes liées à la gestion du risque lié à l'hépatite B ?

En outre, le soignant, en dépit de son savoir scientifique, du prestige de sa profession, n'est d'ailleurs pas à l'abri de la subjectivité et des différentes perceptions du phénomène

³⁸ PERETTI-WATEL P., *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin, 2000.

³⁹ Ils écrivaient que : « est défini habituellement comme profession une activité de travail plus ou moins "libre", qui nécessite une formation préalable [...] débouchant sur une spécialisation légitimée par une instance supérieure, l'insertion codifiée au sein d'une communauté de pairs dotés de mêmes compétences, portés par un idéal de service et obéissants à des règles de fonctionnement communes », AKOUN A. et ANSART P. (Sous la dir. de), *dictionnaire de sociologie*, Paris, Seuil, 1999, p.24.

maladie. C'est dire qu'il y a parfois chez les soignants une part de savoir subjectif très différent du savoir scientifique. FAYE écrivait à cet effet que :

« la littérature est assez abondante en ce qui concerne l'analyse anthropologique des professionnels de santé. [...]. Les soignants y sont aussi analysés comme des acteurs sociaux portant sur eux un ensemble de représentations qui peuvent être différentes des normes biomédicales et qui sont convoqués dans les actes de soins. »⁴⁰

La question est d'autant plus importante que, à en croire FALL, VIDAL et GADOU, loin d'être linéaire, l'itinéraire des professionnels de santé est parsemé de doutes, de déboires que le succès ne peut supplanter durablement. Plus, face à la multiplication des mesures de prises en charge, le professionnel est pris dans le jeu de la routine. C'est dans cette perspective qu'ils écrivaient, dans leur esquisse de conclusion que :

« le doute suscite des raccourcis et quelque fois on observe une sorte de cristallisation des pratiques chez certains soignants laissant de la place à plus d'indifférence, de marques d'inertie, des signes de renoncement au pouvoir d'agir, toutes choses qui s'assimilent à un certain cynisme ». ⁴¹

C'est dire que même le savoir médical de haut niveau, fondement de la légitimité du professionnel de santé, est soumis, selon ces auteurs, à une captation routinière. Le soignant devient ici objet de bricolage, de tâtonnement et de doute⁴². C'est ainsi que, nous intéressant à l'hépatite B, nous nous posons la question de savoir quelles sont les différentes représentations que les professionnels de santé ont vis-à-vis de cette maladie ? Quels sont leurs effets sur leurs pratiques liées à la gestion du risque ?

Enfin, en dehors de toutes connaissances et représentations autour de la maladie, certains auteurs comme MEBTOUL évoquent le facteur technique comme déterminant dans les pratiques professionnelles des soignants. Ces pratiques, comme il le souligne, interviennent dans un contexte ouest-africain marqué, entre autres, par la dégradation des conditions d'exercice des professions médicales dont le principal corollaire réside dans la

⁴⁰ FAYE S.L., « l'anthropologie et l'intervention sanitaire dans le cadre de la lutte antipaludique au Sénégal : analyses des mises en acte du personnel soignant et usages des savoirs produits », op. cit., pp.139-140.

⁴¹ VIDAL A, FALL A.S, GADOU D, *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, l'Harmattan, 2005.

⁴² MEBTOUL M., op. cit., p.55.

globalisation des menaces et des risques⁴³. En effet, dans les structures de santé, les normes professionnelles sont conçues pour centraliser les risques, lesquelles demeurent relayés par des dispositifs organisationnels permettant de les gérer. Ces dispositifs, aussi bien professionnels qu'organisationnels visent à circonscrire la menace et le risque, alors que l'environnement sanitaire s'est complexifié et s'est laissé exposer à une généralisation des menaces⁴⁴. Cette exposition des soignants au risque est, d'après REBAUDET, KRAEMER, SAVINI, et al.⁴⁵, la conséquence d'un manque de moyens matériels ou humains. En effet, disent-ils, masques, gants à usage unique et de taille adaptée, lunettes et tabliers de protection, containers à aiguilles, points d'eau courante pour le lavage des mains, solutions ou gels hydro-alcooliques pour la désinfection des mains, etc. font trop souvent défaut dans l'arsenal de protection des soignants. La question qui, ici, reste posée est celle relative à l'environnement sanitaire interne des pourvoyeurs de soin. Quelles sont les normes professionnelles établies en matière de protection dans les services ? Quel est le dispositif organisationnel mis en place par la structure et comment est-ce que les soignants le perçoivent en termes d'efficacité pour leur protection ?

En questionnant ces trois facteurs que sont les représentations, les connaissances et l'environnement professionnel, nous cherchons à décrire les facteurs explicatifs du comportement des soignants face au risque lié à l'hépatite B. Un ensemble de questions secondaires peuvent ainsi être posées à savoir : quelles sont les perceptions que les soignants ont de l'hépatite B et du risque qui lui est lié ? Quelles sont leurs influences sur les pratiques professionnelles en termes de gestion du risque lié à l'Hépatite B ? Quelles sont les différentes connaissances que les soignants ont de l'hépatite B ? A quelle catégorie (étique/émique) se rapportent ces connaissances ? Y-a-t-il un risque perçu ? Quel est ce risque ? Comment est-il géré au quotidien ? Y-a-t-il des contraintes techniques et/ou institutionnelles par rapport à la gestion du risque ? Enfin quelles sont les stratégies individuelles de gestion des risques liés à l'hépatite B ?

⁴³ HANE F., FALL A.S. et KONAN B.C., op. cit., p.136.

⁴⁴ HANE F., FALL A.S. et KONAN B.C., op. cit., p.138.

⁴⁵ S. REBAUDET, P. KRAEMER, H. SAVINI, et al., *Le risque nosocomial en Afrique Intertropicale*, op. cit., pp.291-300.

1.3. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Par rapport à nos préoccupations, nous avançons quelques hypothèses qui guideront notre recherche. Ces hypothèses qui apportent d'emblée des éléments de réponses à nos diverses questionnements seront confirmées ou infirmées par le terrain.

1.3.1. Hypothèse principale

Nous posons l'hypothèse principale selon laquelle les normes professionnelles et la connaissance de l'hépatite B (étiologie, risque) n'influencent pas beaucoup les comportements et les attitudes des soignants face au risque hépatique⁴⁶.

1.3.2. Hypothèses secondaires

Nous posons également quelques hypothèses secondaires selon lesquelles :

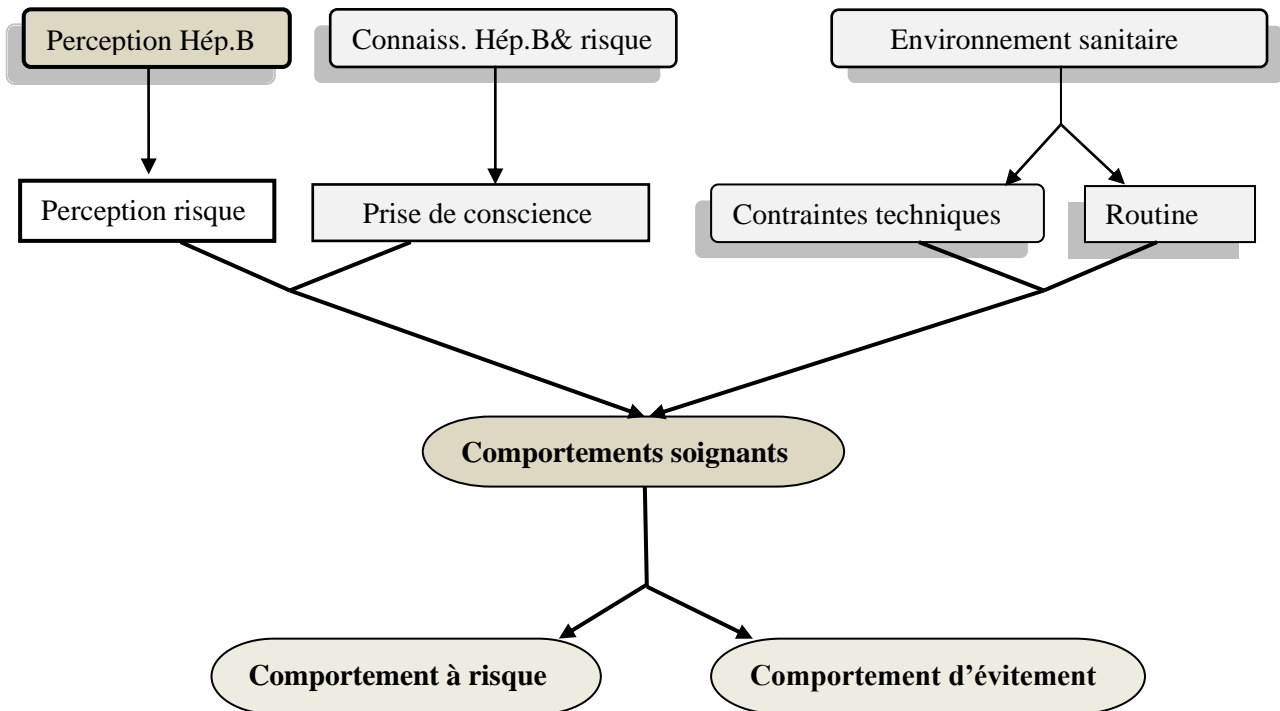
- les comportements professionnels face au risque hépatique varient en fonction des catégories de soignants et des services ;
- les comportements professionnels restent particulièrement influencés par la perception du risque hépatique dans l'environnement professionnel ;
- un ensemble de contraintes techniques et institutionnelles expliquent certains comportements à risque ;
- la routine conduit à une négligence technique qui explique des comportements à risque ;

⁴⁶ Concept que nous développons et qui fera l'objet d'un travail de conceptualisation dans les pages qui suivent.

1.3.3. Schéma récapitulatif des hypothèses

Le schéma suivant explicite de manière plus technique les hypothèses de recherche en s'articulant sur les principales variables mis en relief et sur les corrélations établies.

Schéma 1 : récapitulation des hypothèses



Source : NDIONE Albert Gautier, 2009 / 2010

1.3.4. Commentaire

A partir des corrélations que nous venons d'établir dans nos hypothèses de recherche, deux ordres de variables apparaissent : une variable dépendante et deux variables indépendantes.

1- La variable dépendante :

La variable dépendante peut être traduite par les comportements face au risque hépatique. Ils se traduisent par : le rapport au corps malade, le contact avec le malade, la manipulation du sang, l'effectivité de l'usage des moyens de protection, la manipulation des outils.

2- Les variables indépendantes :

Dans l'esquisse des hypothèses de recherche, nous avons fait appel à trois principales variables explicatives ou dépendantes. Il s'agit d'abord de la représentation de la maladie et du risque qui lui est associé, de la connaissance de la maladie de l'hépatite B et enfin, de l'environnement sanitaire interne.

- Les représentations autour de la maladie se traduisent de manière spécifique par la perception de la maladie, des moyens de prévention, de guérison, des modes de contamination, la perception du risque, les entités nosologiques.
- La connaissance de la maladie : elle se lit à travers les indicateurs tels que la connaissance des modes de transmission de la maladie, des moyens de protections, des mesures universelles de précautions, des moyens de prévention, du risque.
- L'environnement sanitaire interne que nous mesurons à partir du dispositif organisationnel (disponibilité des moyens de protection, des points de lavage des mains, des moyens de désinfection,...), des modes de partage de l'information (discussions hiérarchie/soignants, affiches, ateliers de travail...), des contraintes techniques et institutionnelles (indisponibilité technique), de la routine.

Toutes ces variables sont intégrées dans le concept de risque hépatique que nous avons développé et qui est le concept central de notre étude. Il fait l'objet d'un travail de conceptualisation dans les lignes qui suivent.

1.4. OPÉRATIONNALISATION DES CONCEPTS

Emile DURKHEIM, père fondateur de la sociologie française annonçait que « tout discours scientifique doit utiliser des concepts clairs et précis afin de se démarquer de la confusion qui caractérise le sens commun »⁴⁷. Tout ce présent travail consistera alors à élucider quelques notions qui nous semblent importantes pour délimiter le champ de nos préoccupations.

1.4.1. *Le risque hépatique*

Il s'agit ici du concept principal que nous développons dans notre recherche. Une tentative d'élucidation de celui-ci nous semble importante pour éclaircir davantage nos préoccupations de recherche.

⁴⁷ DURKHEIM E., *les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1977, p.144.

1.4.1.1. Définition

Nous nommons risque hépatique toute caractéristique, quelle que soit sa nature, sociale ou scientifique, susceptible d'apporter une explication à la connaissance et à la perception du risque de contamination par l'hépatite B. En d'autres termes, il s'agit des connaissances, des perceptions et pratiques des soignants qui soient en rapport avec le risque lié à l'hépatite B.

1.4.1.2. Opérationnalisation

Le concept se scinde en trois dimensions qu'il convient de bien distinguer : la dimension subjective (représentations), la dimension objective (connaissances) et la dimension technique (environnement professionnel).

La dimension subjective est le fruit d'un savoir qui prend sa source dans les systèmes de représentation populaires. Ils s'intériorisent, par le processus d'enculturation, dans le patrimoine culturel de chaque individu. Le soignant qui est agent d'une culture déterminée est ainsi emporté par la logique du groupe à se représenter un certain nombre d'idées sur l'ensemble des faits de société. La maladie est l'un des domaines où émergent le plus des représentations populaires. L'hépatite B n'échappe pas à la règle. Il est également possible, si nous considérons les soignants comme un groupe spécifique, qu'il y ait des représentations qui émergent à partir de ce groupe et qui ne font sens que dans ce groupe. Les représentations, telles que l'écrivait LAPLANTINE, sont fondatrices de la réalité sociale et des pratiques collectives et individuelles⁴⁸. Ainsi pour le cas précis de l'hépatite B, le personnel médical, dans ses pratiques quotidiennes peut être influencé par des représentations autour de la maladie en général⁴⁹ et sur les risques de contamination en particulier.

Il s'agit ici de questionner, de manière spécifique, la perception que les soignants ont de l'hépatite B ; c'est-à-dire de ses modes de transmissions, de ses moyens de protections, de son mode de traitement, etc. Outre les perceptions sur la maladie, le soignant peut également avoir des perceptions sur le risque ou plus précisément sur les moments à risque, les soins à risque, les lieux à risque, etc.

⁴⁸ LAPLANTINE F., *L'anthropologie*, Paris, Payot, 2001, p.115.

⁴⁹ Nous concevons que c'est en passant par les représentations autour de la maladie qu'on pourra accéder aux représentations que les infirmiers ont du risque de contamination. Le point de départ reste alors la maladie elle-même.

Le troisième indicateur qui nous semble important à relever se traduit par les connotations ou appellations qui dérivent des perceptions de la maladie. Il n'est pas, en effet, évident que dans le jargon des professionnels soignants, l'hépatite B comme concept soit le seul mot utilisé pour désigner cette pathologie infectieuse. D'ailleurs, il est possible que des sémiologies populaires ayant pris leurs sources dans la société soient trainées jusque dans les structures de soin par les soignants qui, rappelons le, sont issus de groupe sociaux divers. Il est enfin possible que la maladie en elle-même, en vertu de quelques caractéristiques particulières qu'elle revêt, suscite des connotations autres que scientifiques.

La dimension objective : notre étude, rappelons le, s'intéresse à des professionnels et à leurs connaissances et pratiques face au risque lié à une maladie bien déterminée. Il semble alors important de voir les connaissances objectives qu'ils ont de la maladie en général et particulièrement du risque de contamination. L'anthropologie ne nous permet-elle pas d'ailleurs le recours à une approche étique de la maladie⁵⁰. La bonne ou mauvaise connaissance de la dimension objective de la maladie pouvant être un élément de mesure des perceptions et des pratiques des soignants face au risque lié à l'hépatite B.

La dimension objective se mesure à travers les indicateurs que sont : les causes de la maladie, les modes de transmissions ou de contamination de la maladie, les symptômes de la maladie, les modes de traitement de la maladie, les moyens de protection contre la maladie.

La dimension technique : il s'agit ici d'interroger le comportement des professionnels de santé dans leurs pratiques de soins en cas d'hépatite B et également dans le cadre plus général prise en charge d'autres maladie impliquant un rapport au sang. Au-delà des connaissances et des représentations, on s'interroge ici sur la prise en charge proprement dite. Celle-ci est, par ailleurs, dictée par le dispositif organisationnel au sein de la structure de soin. En effet, l'environnement sanitaire, de par les contraintes techniques et organisationnelles, infléchit parfois sur les comportements professionnels. Cette dimension se traduit par les précautions à prendre avant la prise en charge (port des gants, lavage des mains, port de masque, de lunette, etc.), la manipulation des outils, le contact et la relation au corps souffrant.

⁵⁰ MASSE R. nous apprenait déjà l'importance de l'approche étique dans la recherche. Il écrivait fort justement que : « l'approche étique est plus que l'approche émique de l'observateur scientifique... on peut affirmer que ces deux ordres de connaissance sont aussi valides l'une que l'autre. Que l'on étudie de l'intérieur ou de l'extérieur les compréhensions que les gens ont des choses, on devra toujours le faire à l'aide d'une méthodologie scientifiquement valide », in *culture et santé publique*, op. cit., p.36.

En résumé, nous désignons risque hépatique toute connaissance, perception et pratique qui est en rapport direct avec le risque lié à l'hépatite B. Il se mesure d'abord à travers la maladie en général et le risque de contamination en particulier pour enfin apparaître dans les pratiques professionnelles.

Tableau 1 : récapitulation du concept de risque hépatite

RISQUE HÉPATIQUE	Représentation	-Perception hépatite B (mode de transmission, moyens de protection, mode de traitement...) ; -appellation hépatite B ; -perception risque (moment à risque, activités à risque, lieux à risque...) ; -dénomination risque.
	Connaissance	-Mode de transmission ; -moyens de protection ; -mesures universelles de précaution ; -risque lié à l'hépatite B ; -niveau de fréquence risque.
	Environnement Professionnel	-Disponibilité technique des moyens de protection ; - normes professionnelles ; - modes de partage de l'information dans le service -occasions d'échange hiérarchie/soignants ; -habitude de travail ; -gestion du matériel ;

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

1.4.2. Le comportement à risque

1.4.2.1. Définition

Nous nommons comportement à risque toute attitude du soignant, dans l'exercice de sa profession, en rapport avec le risque de contamination. Il prend deux caractéristiques fondamentales ; en effet, cette attitude est soit normale soit anormale par rapport, dans ce cas précis, aux normes professionnelles. Ainsi, est désigné comportement à risque normal toute attitude du soignant qui, face aux risques liés à l'exercice de sa profession, respecte les normes professionnelles. Ce premier ordre de fait se traduit par l'usage des mesures de

protection. Désigne comportement à risque anormal, toute catégorie contraire à ce premier ordre de fait.

1.4.2.2. Opérationnalisation

Ce concept que nous avons développé dans nos hypothèses nécessite également d'un travail d'éclatement pour devenir opératoire. Il prend ainsi trois dimensions fondamentales. En effet, pour comprendre le comportement à risque des soignants dans leur atmosphère de travail, nous interrogeons d'abord le dispositif organisationnel, ensuite le rapport soignant soigné et enfin le respect ou non des mesures de protection.

Interroger d'abord le dispositif organisationnel revient à faire ressortir les principaux équipements que la structure de soin offre aux soignants en matière de protection et de prévention face au risque. Il s'agit plus précisément d'interroger la disponibilité des moyens de protection (gants, masque chirurgical, lunettes, etc.), la disponibilité des points de lavage des mains, les moyens de désinfecter toute surface, tout récipient, tous matériaux ou instruments souillés disponibles, la disponibilité des conteneurs pour recueillir les objets piquants et tranchants.

Le rapport soignant soigné comme deuxième dimension fondamentale du concept vise à décrire le comportement du soignant face au malade jugé contagieux. Il s'agit d'abord d'observer les acteurs concernés dans le processus de prise en charge en cas de maladie, le rapport au corps malade, le rapport au sang, la présence ou absence de communication, les distances prises par rapport au corps malade, l'absence ou pas de rejet, d'exclusion, de stigmatisation, l'évitement des malades, la mise à distance.

Enfin, par le respect ou pas des mesures de protection, nous cherchons le comportement, en matière de mesure de précaution, qu'adoptent les soignants pour prévenir le risque dans l'exercice de leur profession. Ce comportement est précédé par la prise en conscience du risque. Il se traduit par l'usage ou pas des mesures de protection (port des gants, de masque, de lunettes, etc.), le lavage des mains, la désinfection en cas de contact avec le sang et après tout soin, l'évitement des blessures avec des instruments souillés, l'usage des conteneurs pour recueillir les objets piquants et tranchants.

Le comportement à risque se mesure, en un mot, par ces trois dimensions que sont le dispositif organisationnel, le rapport soignant-soigné et le respect ou non des mesures de précaution. Le dispositif organisationnel d'abord pour voir la couverture en équipement que la structure de soin offre au soignant ; le rapport soignant-soigné ensuite pour voir les principales stratégies que développent les professionnels de santé pour gérer le risque auquel les expose l'exercice de leur profession. Par le respect ou non des mesures de protection, deux ordres de fait s'offre à notre analyse. D'abord, si la structure offre un équipement adéquat pour leur protection, est ce que les soignants utilisent réellement ces équipements ? Ensuite, si l'établissement de soin n'offre pas le matériel adéquat, quels sont les moyens mis à l'œuvre au niveau individuel pour la gestion du risque ?

Tableau 2 : récapitulation du concept de comportement à risque

Comportement à risque	Dispositif organisationnel	-Disponibilité moyens de protection (gants, désinfectants, conteneurs, etc.,) -points de lavage des mains ; -moyens de désinfection ; -disponibilité conteneurs.
	Rapport soignant soigné	-Acteurs concernés ; -rapport au sang ; -présence ou absence de communication ; - rapport au corps malade (éviter, stigmatisation) ; -rapport aux outils ; -comportement d'un patient à un autre.
	Respect ou non des mesures Universelles de protection	-Effectivité usage des moyens de protection (gants, masques, lunettes, etc.); -lavage des mains ; -stérilisation matériels ; -désinfection en cas d'accident ; -éviter des blessures ; -rapport aux objets souillés ; -effectivité usage conteneurs ; -vidange des conteneurs.

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

1.5. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'ensemble des questions soulevées dans notre problématique donnent des orientations multiples de recherche. Ainsi pour mieux délimiter le champ de nos préoccupations, nous nous posons quelques objectifs :

1.5.1. Objectif général

Nous nous proposons d'analyser les facteurs explicatifs des comportements et attitudes professionnels face aux risques lié à l'hépatite B.

1.5.2. Objectifs spécifiques

Pour atteindre cet objectif général, nous passerons par d'autres objectifs plus spécifiques. Il s'agira :

- de décrire les comportements professionnels face au risque hépatique et identifier les variations selon les catégories de soignants ;
- de documenter les principales connaissances et les représentations que les soignants ont de l'hépatite B ;
- d'analyser les perceptions que le personnel soignant a du risque lié à l'hépatite B ;
- de documenter les contraintes institutionnelles et techniques par rapport à la gestion du risque hépatique ;
- de décrire les stratégies individuelles de gestion du risque ;

1.6. CONTEXTE ET PERTINENCE DU SUJET

L'introduction des sciences sociales en santé n'est plus à démontrer. La socio anthropologie de la santé, pour sa modeste part, a eu à s'interroger sur de nombreux malaises. Ce nouvel ordre de réflexion ainsi ouvert nous permet alors de mener notre réflexion sur une maladie spécifique ; l'hépatite B. Son virus, le VHB est le mieux connu des virus responsables d'hépatite.

La répartition géographique du risque de contamination que l'OMS a sorti en 2005⁵¹, place le Sénégal dans la zone rouge symbolisant les localités à haute prévalence où le risque

⁵¹ Voir annexe 2.

de contamination est supérieur à 8 dans la population générale. Cette maladie reste grave à cause surtout des complications, comme la cirrhose et le cancer du foie, qu'elle génère et de sa co-infection potentielle avec le VIH. L'hépatite B est une maladie professionnelle. Les personnels de santé, de recherche biologique, d'intervention urgente ou de nettoyage sont les plus exposés au risque d'être contaminé. En effet, le risque de contamination chez les professionnels est multiplié par 8 par rapport à la population générale.

Les soignants, étant concerné par les activités de prise en charge, nous sont dévoilés comme produisant des comportements tendant à banaliser le risque. Ils remettent le plus souvent en doute les moyens de protection mis à leurs dispositions et adoptent des comportements de mise à distance et d'évitement des malades alors que les normes professionnelles leur imposent un comportement spécifique. Notre étude s'attachera particulièrement à montrer, dans l'environnement sanitaire, les écarts entre les normes professionnelles officielles et les normes pratiques quotidiennes⁵². Nous tenterons également de voir la pertinence des normes professionnelles en termes d'adaptabilité et d'applicabilité dans le contexte spécifique des professionnels de santé.

1.7. DÉFINITION DE QUELQUES TERMES

1.7.1. La maladie

Le stade actuel de développement atteint par les sciences sociales dans le domaine spécifique de la santé ne permet plus l'approche unidimensionnelle dans l'explication de la maladie. En effet, cette approche unidimensionnelle qui concevait la maladie que dans sa dimension biologique se voit aujourd'hui doublée d'une dimension socioculturelle. Il importe ainsi de reconnaître aux sciences humaines l'apport novateur qu'elles ont su apporter dans ce domaine⁵³. Soulignant ce mérite des sciences humaines en général, Tremblay écrivait que :

« L'anthropologie de la santé, une des sciences humaines dont les traditions de recherche portent à la fois sur le biologique, le psychologique et le culturel dans des voies comparatives peut apporter une contribution d'importance dans le rajeunissement des perspectives conceptuelles sur la santé et la maladie et dans la conception de pratiques professionnelles. »

⁵²DE SARDAN J.-P. O., « Pourquoi le malade anonyme est-il si "maltraité" ? », op. cit., p.269.

⁵³TREMBLEY, « l'anthropologie de la santé en tant que représentation », in DUMONT F. et MARTIN Y., *Imaginaire social et représentations collectives*, op. cit., pp.253-273.

Définir le concept de maladie revient aujourd'hui à intégrer, dans une perspective de complémentarité, ses différentes dimensions biologiques, sociales et environnementales. La maladie est étroitement liée aux modes de vies humaines, aux conditions économiques, aux conditions culturelles et sociales qui sont très variables dans les sociétés humaines. La notion de maladie est ainsi expérimentée et maîtrisée en fonction des rapports de l'individu et de la population existant avec la société et son environnement.

La maladie, selon SAN MARTIN, peut être conçue comme un désajustement écologique, physiologique et social. Elle est, en d'autres termes, une défaillance des mécanismes d'adaptation de l'organisme et d'un manque de réaction aux stimuli auxquels il est exposé. Le processus aboutit alors à une perturbation de la morphologie et/ou des fonctions organiques qui oblige le patient à modifier son mode de vie normal à cause de l'incapacité, partielle ou totale⁵⁴. Le concept fondamental de cette analyse de SAN MARTIN est celui de dysfonctionnement. La maladie, dans la perspective de l'auteur est considérée comme un handicap des fonctions organiques de l'individu.

Par prolongement à cette notion de handicap, l'analyse behaviouriste, en insistant sur le concept de comportement, nous ouvre une autre perspective. La perturbation des fonctions organiques de l'individu l'oblige alors à changer de comportement. C'est dire que le malade rompt malgré lui avec ses pratiques quotidiennes habituelles. Cette rupture, momentanée ou définitive (si la maladie conduit à la mort de l'individu par exemple), n'est pas sans conséquence aucune sur le vécu social des individus. Elle est à même, selon PARSONS, de créer un dysfonctionnement de tout le système social car la maladie nous empêche de nous acquitter de nos rôles sociaux⁵⁵. PARSONS eut cette intuition que le rapport d'un individu à sa maladie est, d'une certaine manière, la manifestation du rapport que cet individu entretient avec les valeurs de sa société. Pour la société, par ailleurs, la maladie contient en germes des menaces pour la stabilité de l'ordre social, menaces que la société doit arriver à contrôler par l'intermédiaire de la médecine. Dans ce contexte, la maladie est définie comme une déviance par rapport aux normes sociales suivant lesquelles les individus doivent remplir leurs fonctions et leurs devoirs dans la société, au même titre d'ailleurs qu'elle est déviance par rapport à une norme biologique. Toutefois, cette déviance a une forme toute particulière en ce

⁵⁴ SAN MARTIN H., op. cit., p.6.

⁵⁵ AKOUN A. et ANSART P., (sous la dir. de), *Dictionnaire de sociologie*, op. cit., pp.469-470.

sens que, contrairement à la criminalité ou à la délinquance par exemple, l'individu n'en est pas tenu responsable.

En résumé, l'apport de ces auteurs par rapport à la définition du concept de maladie est très pertinent dans la mesure où il nous ouvre des perspectives d'analyse multidimensionnelles. Notre perception par rapport à ce concept de maladie et parallèlement à notre objet de recherche semble important à dévoiler. La maladie, dans la perspective où nous nous situons est un ensemble complexe qui présente des caractéristiques multiples. Les approches que nous avons commentées nous ont dévoilé quelques caractéristiques fondamentales de la maladie mais notre perspective va un peu plus loin en intégrant la dimension risque. Il s'agit, en d'autres termes, du risque de contamination par la maladie. C'est dire qu'en plus de la maladie, des représentations sociales qui en émergent et de la pratique professionnelle qui en découle, il semble important d'intégrer la modalité risque liée à la maladie qui est susceptible d'apporter des éléments de réponses par rapport aux mesures de préventions de la maladie. Il ne s'agit plus de parler uniquement que de la maladie mais de manière chronologique : de l'appréhension du risque, des mesures de préventions, de la maladie elle-même, des représentations qui en découle, des itinéraires thérapeutiques, des modes de traitement. C'est dire que la maladie est un ensemble complexe qui se présente comme un processus. Reste alors à définir le terme de risque qui est la principale dimension que nous avons ajouté à la notion de maladie.

1.7.2. Le risque

Le risque est une notion qui, aujourd'hui, a fait fortune. C'est devenu une sorte de mot-valise, employé dans tous les domaines, accolé à tous les adjectifs : risque écologique, technologique, urbain, sanitaire, alimentaire, routier, domestique, risque majeur ou diffus, mais aussi population à risque, facteur de risque, conduite à risque, quartier à risque... Cette notion n'est pourtant pas nouvelle, puisque son étymologie date du XIV^{ème} siècle⁵⁶. PERETTI-WATEL écrivait à propos de l'étymologie du mot que les spécialistes hésitent entre l'espagnol riesgo (ou l'italien risco, du latin resecum, « ce qui coupe ») qui désigne d'abord l'écueil menaçant les navires, puis par extension tout danger encouru par les

⁵⁶ PERETTI-WATEL P., « Risque et innovation : un point de vue sociologique », in *INNOVATIONS*, n° 18, Boeck Université, Février 2003, pp. 59-72.

marchandises en mer, et le roman rixicare, « se quereller » (qui a donné rixe), qui évoquait l'idée de combat, donc de danger⁵⁷.

Cependant, une grande partie de la littérature sur le risque distingue le danger du risque. Le danger relève d'une menace quelconque sur les personnes ou sur les choses ayant de la valeur pour les personnes. Alors que le risque est la mesure de ladite menace en termes de probabilité de pertes⁵⁸.

En commençant par la conceptualisation négative du risque, il convient de ne pas oublier que le risque est, par nature, endémique ; sans risque, il ne se produirait aucune activité et, à l'évidence, il n'y aurait pas d'innovation sociale. Toute personne prend des risques dès sa naissance ; plus, nous apprenons et nous nous développons précisément en prenant des risques (par exemple, apprendre à marcher est un grand risque). Il en va de même pour toute l'histoire de l'humanité. L'histoire d'*homo sapiens* est celle des grands risques, pris par hasard ou par nécessité selon les cas. Les crises et les catastrophes ne sont pas seulement des menaces potentielles pour l'ordre social régissant le système qu'elles affectent mais aussi, parallèlement, des opportunités d'évolution et de changement pour ces mêmes systèmes.

Le risque est d'abord un mode de représentation spécifique, une posture particulière, au service de l'esprit d'entreprise, donc de l'innovation : historiquement, le risque est l'auxiliaire assurantiel de l'entrepreneur. Cela n'empêche pas qu'il y ait des frictions entre risque et innovation, dans la mesure où, en quelque sorte, le risque accompagne l'innovation, mais toujours avec un temps de retard⁵⁹.

Douglas nous rappelle que toutes les sociétés produisent leur propre sélection (perception) du risque, de ce qui est dangereux ou non et du comment aborder ce danger, précisément pour affronter et donner sens à sa forme de vie. Certaines sociétés ont mieux réussi que d'autres en termes de survivance et de développement. De sorte que, lorsque nous parlons de risque, au sens fondamental du terme, nous nous référons aux adaptations ou aux non adaptations culturelles. On se réfère également aux changements sociaux qui se sont produits pour « contrôler » les désastres naturels et pour développer et « contrôler » les découvertes scientifiques ou technologiques. Finalement, on évoque les systèmes sociaux dans leur ensemble⁶⁰.

⁵⁷ PERETTI-WATEL P., *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin, 2000, p.10.

⁵⁸ PARDO M., « Sociologie et risque : nouveaux éclairage sur les facteurs sociaux et la participation publique » in *MANA*, Revue de Sociologie et d'Anthropologie, n° 10-11, Université publique de Navarre, 2002, pp.285-305.

⁵⁹ PERETTI-WATEL P., *Sociologie du risque*, *ibid.*, p.60.

⁶⁰ PARDO M., « Sociologie et risque », *ibid.*, p.286.

Nous concevons ainsi le risque comme étant une entité jouissant d'une force propre ; laquelle est à même d'imposer aux individus un comportement nouveau, du moins avec la prise de conscience de son existence. Le risque reste ainsi une entité contraignante (au sens durkheimien⁶¹ du terme). Sa capacité de coercition s'imposant enfin à un groupe particulier suivant la nature du risque ou encore la nature de l'entité à laquelle il est lié⁶².

1.8. MODÈLE D'ANALYSE : LA SOCIOLOGIE DU RISQUE

En tant que discipline scientifique, la sociologie s'est intéressée au risque, qui est devenu un thème central dans les travaux de sociologues très influents comme Ulrich Beck et Anthony Giddens, principalement à partir de la conceptualisation des sociétés du risque. Mais elle est loin d'avoir développé un corpus de connaissances théoriques ou empiriques susceptible de constituer une véritable Sociologie du Risque⁶³. Le défaut de consensus social sur ce qui est dangereux ou non, sur le niveau de dangerosité ou sur ce qu'il convient de faire en situation d'incertitude et, en définitive, sur le degré d'acceptation du risque, relèvent de constructions sociales du risque et constituent des défis sociologiques.

Fortement marquée par les grandes peurs contemporaines, la sociologie du risque s'est développée à partir des interrogations provoquées par les catastrophes industrielles, les problèmes environnementaux, et de grandes questions telles que la santé publique, la sécurité des personnes, ou les comportements «à risque». Elle s'est constituée un cadre d'interrogation qui porte sur la construction du risque et les comportements qui lui sont liés. A travers des concepts comme celui de confiance, elle débouche sur des interrogations sociologiques majeures, concernant l'expérience individuelle et le rôle de la connaissance. Ces interrogations sont organisées par la théorie de la modernité réflexive qui fait du risque une catégorie centrale. Cette théorie dynamise la sociologie, mais ses fragilités empêchent qu'elle structure la thématique du risque et qu'elle la lie à celle de l'action rationnelle.

Plus, le risque présente également une autre caractéristique importante : il est différencié ou relatif, c'est-à-dire qu'il n'affecte pas identiquement toutes les sociétés ni tous les secteurs et individus d'une même société. Le concept de vulnérabilité est pertinent pour cette analyse.

⁶¹ Emile DURKHEIM nous apprenait déjà dans son ouvrage *Les règles de la méthode sociologiques*, que la contrainte était une caractéristique fondamentale du fait social.

⁶² Dans notre recherche, il s'agit bien sûr du risque lié à l'hépatite B qui est à même d'imposer au groupe des soignants un comportement spécifique.

⁶³ PARDO M., « sociologie et risque : nouveaux éclairages sur les facteurs sociaux à la participation publique », loc. cit., pp.285-305.

Par vulnérabilité, nous entendons la capacité d'une société ou d'une partie de la société de se préparer, survivre, résister et se remettre face à l'impact d'une menace

Paradoxalement, les analyses émergentes sur les risques ne tiennent généralement pas compte des relations réciproques entre l'impact technologique et les systèmes sociaux. Elles n'intègrent également pas les constructions symboliques (images, conceptions...) que les personnes élaborent, dans leur vie quotidienne, sur les risques auxquels elles sont soumises, ni de la distribution sociale du risque.

Il existe une sociologie du risque. Celle-ci expose à la face du chercheur que le risque est une entité face à laquelle les individus se projettent de différentes manières. La référence au travail de PERETTI-WATEL sur la notion de risque est pertinente à cet effet. Dans son ouvrage intitulé *la sociologie du risque*⁶⁴, il montre que le risque est bien l'objet d'une construction sociale élaborée par les individus. De fait, lorsque le sociologue étudie comment est ce que les individus se représentent le risque, le construisent et lui donne du sens, il observe souvent un déni du risque, les individus conjurent le risque en niant y être exposés⁶⁵.

Notre perspective d'analyse nous est alors définie par PERETTI-WATEL dévoilant les deux catégories d'individu auxquelles le chercheur fait face. Il s'agit tout d'abord de l'acteur (dans notre étude nous dirons des soignants) qui sait mesurer le risque de contamination auquel il est exposé et qui fait recours à des moyens de protection contre ledit risque. Il y a ensuite l'acteur qui absout le risque en niant y être exposé. Cette résorption du risque, pour dangereuse qu'elle puisse apparaître est cependant une stratégie de protection adoptée par l'acteur. Il consiste en une manière de se donner du courage, d'enlever le poids qui pèse sur sa conscience et de pouvoir convenablement faire son travail avec une certaine liberté d'esprit. Cette résorption du risque est enfin précédée par un fait essentiel : la connaissance et la prise de conscience de l'existence du risque auquel l'individu est soumis dans l'exercice de son travail. Voici alors le corpus théorique dans lequel nous comptons analyser nos données de terrain.

⁶⁴ PERETTI-WATEL P., *Sociologie du risque*, op. cit.

⁶⁵ MEBTOUL M., op. cit., p.110.

CHAPITRE 2 : LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Notre terrain se fera ainsi selon une méthodologie qu'il nous semble important de préciser. En effet, nous tenons à présenter dans ce chapitre, la démarche que nous adoptons pour déterminer notre champ d'étude, nos cibles ainsi que nos outils de recherche.

2.1. LE CADRE DE L'ÉTUDE

Ancienne capitale de l'Afrique occidentale française (AOF), Dakar est aujourd'hui celle de la République du Sénégal. Sa situation à l'extrémité occidentale de l'Afrique, sur l'étroite presqu'île du Cap-Vert, a favorisé l'installation des premiers colons, puis le commerce avec le Nouveau Monde, et lui confère une position privilégiée à l'intersection des cultures africaines et européennes.

N'occupant que 0,28% du territoire national, l'agglomération dakaroise regroupe 25% de la population et concentre 80% des activités économiques du pays. La ville elle-même vient de dépasser le million d'habitants et son engorgement croissant constitue un défi majeur pour les transports, le développement et l'environnement, à tel point que la fondation d'une nouvelle capitale administrative est à l'étude depuis quelques années.

Dans le domaine spécifique de la santé, Dakar, en raison de sa population très élevée par rapport aux autres régions du pays, abrite le plus grand nombre de structures de soin. De manière plus détaillée la capitale, à elle seule regroupe le plus grand nombre de structures de soins répartis comme suit :

Tableau 3 : description de l'effectif des différentes structures de soin à Dakar

DAKAR	DONNÉES GENERALES			SECTEUR PUBLIC						
	POPULATION	SUPERFICIE	DENSITE	EPS 2	EPS 3	DISTRICT	CSR	CS	PS	MAI
	2 622 408	549	4776	1	8	8	4	15	109	8

Source : Ministère de la santé et de la prévention médicale, bulletin sanitaire 2008.

2.2. DÉLIMITATION DU CHAMP

Le Centre Hospitalier Universitaire National (CHUN) de Fann est un service national de référence (EPS3). Il dispose de trente quatre services répartis selon trois grands ensembles

que sont les services d'administration, les services médico-sanitaires et les services d'appui technique.

- Les services d'administration : ils sont au nombre de treize. Il s'agit de la direction, du service des ressources humaines, du service des affaires financières, du service des soins infirmiers, de l'agence comptable, de la cellule contrôle de gestion, du service social central, du service d'hygiène et de sécurité, de la cellule d'information médicale, de la cellule audit, de la cellule qualité, du centre de diagnostic et d'imagerie médicale et de la cellule communication et information.
- Les services médico-sanitaires : ils sont au nombre de quatorze. On a le service des accueil-urgences, le service de psychiatrie, le service de neurologie, le service bucco-dentaire, le service de neurochirurgie, le service des maladies infectieuses, le service de pneumologie, le service de radiologie, le service de biochimie, le service de bactériologie, le service parasitologie, le service chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et le service de cardiologie.
- Les services d'appui technique qui comprennent la pharmacie, la morgue, le service technique de maintenance, le service d'hôtellerie (cuisine et buanderie), le service d'anesthésie-réanimation et le parc automobile.

2.3. LES SERVICES CIBLES

La population mère de notre champ d'étude est très diversifiée. On retrouve à la fois plusieurs catégories selon les principaux services. Il y a tout d'abord les administrateurs que l'on retrouve dans les services d'administration. Ensuite nous avons les professionnels soignants qui sont dans les services médico-sanitaires, et enfin, il y a les agents d'appui technique que l'on retrouve dans les services d'appui technique. Les cibles principales de notre enquête de terrain restent les professionnels de santé exerçant dans les services médico-sanitaires. Ils sont en effet, les principaux acteurs concernés par les activités de soin ; lesquelles les mettent en rapport direct avec les patients. Ils sont ainsi la population la plus exposée au contact avec le sang et autres liquides biologiques.

Notre étude, comme nous l'avons décrite dans la partie théorique de ce travail porte sur les professionnels face au risque lié à l'hépatite B. Nous cherchons particulièrement les facteurs explicatifs du comportement des soignants dans leurs pratiques de soins, en rapport avec le risque hépatique qui peut être présent même chez les patients qui viennent pour

d'autres circonstances comme pour la prise en charge d'infections autres que l'hépatite B. Ici, le critère principal c'est être un professionnel exposé au risque. C'est ainsi que l'enquête de terrain ciblera principalement les services médico-sanitaires dans lesquels exercent ces professionnels. Ces services sont au nombre de quatorze dans l'Hôpital Fann. Le tableau suivant nous donne une représentation de ces différents services.

Tableau 4 : description des effectifs du personnel dans les services du CHNU

SERVICE MEDICO-SANITAIRES	EFFECTIF DES AGENTS
SAUV/ACCUEIL	15
PSYCHIATRIE	60
NEUROLOGIE	76
BUCCO DENTAIRE	14
NEUROCHIRURGIE	34
MALADIES INFECTIEUSES	65
PNEUMOLOGIE	40
RADIOLOGIE	13
BIOCHIMIE	12
BACTERIOLOGIE	12
PARASITOLOGIE	10
CTCV	36
ORL	27
CARDIOLOGIE	6

Source : Bilan social, Service des Ressources Humaines, Hôpital Fann, Mars-avril 2010

Vu le nombre des services médico-sanitaires au sein de l'hôpital, nous procédons au choix de deux services sur des critères de sélection que nous souhaitons préciser.

2.4. LES CRITÈRES DE SÉLECTION ET SERVICES DU CHOIX

Notre choix des services à enquêter repose sur une objectivité perceptible de par les critères d'inclusion suivant :

- d'abord, nous choisissons deux services parce que tous les soignants de tous les services peuvent être exposés au risque de contamination par l'hépatite B. En effet certains patients ne connaissent leur statut sérologique que lors d'un recours à l'hôpital. De fait, les soignants exerçant dans les services où il y a prise en charge effective de l'hépatite B sont aussi bien exposés que les soignants exerçant dans d'autres services ;

- les deux services doivent appartenir à la catégorie des services médico-sanitaires citée plus haut. Ce critère d'inclusions nous semble important dans la mesure où il nous certifie d'une prise en charge effective dans les deux services. C'est ainsi que les services d'administration et les services d'appui technique sont exclus par ce critère.
- enfin, les services sélectionnés doivent comporter le plus grand nombre de catégories de soignants. Ce critère relève de l'hypothèse que nous avons faite sur la variation du comportement des soignants selon les catégories. Elle permet alors, au sein de chaque service, de diversifier les résultats.

C'est ainsi que nous ciblons le service clinique des maladies infectieuses et le service de neurologie.

- **Le service clinique des maladies infectieuses** Ibrahima Diop Mar est un service de dernier recours placé au sommet de la pyramide sanitaire nationale. Il compte 65 agents. Il est investi d'une quadruple mission :
 - ✓ soins spécialisés aux malades ;
 - ✓ enseignement de type magistral à l'Université Cheikh Anta Diop (Ucad) et dans les centres de formation paramédicale de santé et encadrement de stage hospitalier des étudiants de deuxième et de quatrième année de médecine, des stagiaires internés, des étudiants de cinquième année de pharmacie, du personnel paramédical ;
 - ✓ recherche fondamentale et opérationnelle concernant les aspects épidémiologiques, biocliniques curatifs et préventifs des maladies infectieuses ;
 - ✓ expertise dans les domaines des grandes endémies, en particulier le choléra, la méningite cérébro-spinale, les tétanos, le paludisme, l'infection à VHB, l'infection à VIH, la rage.
- **Le service de neurologie** : il a une activité de consultation, d'hospitalisation et de rééducation. Il compte également des unités propres de diagnostic : neuroradiologie, neurophysiologie, neuropathologie. Il compte 76 agents.

2.5. LA POPULATION DE L'ENQUÊTE

Les deux services que nous avons ciblés comportent en leur sein, une multitude d'agents. Le tableau suivant nous donne un aperçu de la population des deux services.

Tableau 5 : description des effectifs des catégories de soignant dans les services cibles

SERVICES CIBLÉS CAT.SOC.PRO	MALADIES INFECTIEUSES	NEUROLOGIE
TECH. SUP BIOLOGISTE	1	0
TECH. SUP IMAGERIE	0	3
TECH. SUP KINESIE	8	8
INFIRMIER D'ETAT	9	3
SAGE FEMME	1	2
AGENT SANITAIRE	3	5
AIDE INFIRMIERE	14	8
AIDE SOCIALE	2	2
ASSISTANT SOCIAL	3	1
FILLE ET GAR. DE SALLE	3	5
INFECTIOLOGUE	19	0
INFIRMIERE BREVETEE	8	6
KINESI/MASSEUSE	0	1
MEDECIN DU SPORT	0	1
NEUROLOGUE	0	10
RADIOLOGUE	0	1
SEC. DACTYLO	1	1
SEC. DE DIRECTION	0	1
SEC. MED BTS	0	1
SEC. MEDICAL	0	1
SECRETAIRE	1	0
NEUROPHYSIOLOGISTE	0	2
BRANCARDIER	0	1
TOTAL	65	61

Source : Bilan social, Service des Ressources Humaines, Hôpital Fann, Mars-avril 2010

2.6. L'ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE

Dans les deux services que nous avons choisi, c'est-à-dire le service des maladies infectieuses (M.I) et le service de neurologie, nous ciblons l'ensemble des professionnels suivants qu'ils soient impliqués dans les activités de prise en charge. Il s'agit ici, des agents exposés au risque, qui rappelons le, est le principal critère de cette recherche. En effet, selon REBAUDET, KRAEMER ET SAVINI, les professions les plus exposées sont les chirurgiens et les gynécologues (victimes de coupures ou de projections), les infirmiers (victimes de piqûres lors de la pose de cathéter ou d'injections), les personnels de laboratoire, mais aussi

les agents d'entretien et de traitement des déchets hospitaliers⁶⁶. Le tableau suivant nous expose les agents de notre échantillon.

Tableau 6 : description de l'échantillon de notre étude

SERVICES CIBLÉS				
CATÉGORIES		M. INFECTIEUSES	NEUROLOGIE	TOTAL
MÉDECINS	ETATQUES	8	6	14
	INTERNES	3	4	7
	CES	8	3	11
INFIRMIERS D'ÉTAT		9	3	12
SAGES FEMME		1	2	3
AIDES INFIRMIER		14	8	22
INFIRMIERS BREVETÉS		8	6	14
TECHNICIENS DE SURFACE		6	3	9
TOTAL		57	35	92

Source : Bilan social, Service des Ressources Humaines, Hôpital Fann, Mars-avril 2010

Notre enquête de terrain cible un ensemble de 92 agents. En fonction des outils que nous allons utiliser et qui sont présentés dans la partie qui suit, nous respecterons le principe de la diversité des catégories.

2.7. LES MÉTHODES ET TECHNIQUES DE RECHERCHE

2.7.1. La recherche documentaire

Les premières recherches sont de nature documentaire. Il s'agit alors pour ce premier pas vers la documentation de consulter des ouvrages, des revues, des articles, etc. qui traite de notre objet d'étude. Pour ce faire, nous aurons à consulter deux types de documents : des documents généraux et des documents spécifiques.

L'hépatite B qui nous intéresse dans ce présent travail fait partie intégrante de la grande famille des hépatites virales⁶⁷. Ces dernières, à leur tour, peuvent être définies comme étant tout simplement une catégorie spécifique de maladie.

⁶⁶ S. REBAUDET, P. KRAEMER, H. SAVINI, et al., *Le risque nosocomial en Afrique Intertropicale*, op. cit. pp. 291-300.

⁶⁷ En plus du virus B, « six (6) autres virus ont été découverts. Les virus A, C, D, E, G et le récent TTV (Transfused Transmission Virus) », OUZAN, D., op. cit., p.4.

Cependant, si nous nous permettons aujourd'hui de partir de l'anthropologie pour réfléchir sur la maladie, c'est parce qu'il y a un contexte bien déterminé qui entérine cet ordre de réflexion. En fait, l'introduction des sciences sociales en matière de santé est le point de départ qui a permis à l'anthropologie aussi bien qu'à la sociologie, la psychologie, etc. de se pencher sur ce domaine.

Cette recherche documentaire renseignera ensuite sur la population des soignants en particulier sur leur comportement professionnel.

2.7.2. La méthode quantitative

2.7.2.1. Le questionnaire C.A.P

Le questionnaire est le plus souvent l'outil que l'on utilise pour mesurer un phénomène en le quantifiant. Il existe un questionnaire C.A.P. Comme son nom l'indique, il permet de décrire les connaissances, attitudes et pratiques d'un échantillon donné, par rapport à un phénomène particulier. Notre étude, pour rappel porte essentiellement sur les connaissances, attitudes et pratiques des soignants face au risque lié à l'hépatite B. Ainsi, le questionnaire C.A.P que nous avons utilisé comme outil de recherche traduit, sans pour autant la trahir notre préoccupation de départ.

Notre questionnaire indexe une cible particulière. En effet, il était destiné aux soignants remplissant les critères de notre échantillonnage. Il s'agit des 92 agents des deux services. Cet outil a été utilisé pour renseigner nos principales préoccupations traduites dans les objectifs de l'étude. En d'autres termes, le questionnaire nous a renseignés sur les connaissances que les professionnels de santé ont de l'hépatite B et du risque qui lui est associé, leurs perceptions sur cette maladie et le risque, les attitudes et pratiques face à ces derniers. Ces préoccupations ont constitué les axes thématiques de notre questionnaire. Pour être renseigné, chaque thème comportait des questions qui ont littéralement traduit ses dimensions et ses indicateurs. Les différents axes thématiques du questionnaire étant :

- identification des infirmiers ;
- connaissances et perceptions du VHB ;
- connaissance et perception du risque lié à l'hépatite B ;
- environnement sanitaire interne ;
- attitudes et pratiques face au risque lié à l'hépatite B.

2.7.2.2. La recension des données

Il s'agit ici de quelques données quantitatives recueillies dans d'autres travaux sur le même domaine. De manière spécifique, il s'agit du travail d'AKHDAR⁶⁸ sur le statut vaccinal des soignants au Sénégal. Ces données ont été utilisées dans la partie correspondant à la présentation des données pour approfondir nos analyses.

2.7.3. La méthode qualitative

Parallèlement à nos préoccupations de départ d'étudier les comportements professionnels face au risque lié à l'hépatite B en mettant en exergue les perceptions que les soignants ont de la maladie et du risque, l'usage des méthodes qualitatives fut une nécessité pour nous. Celles-ci sont des méthodes, en sciences sociales qui permettent d'observer des faits ou phénomènes sociaux visibles ou cachés. Elles ne fournissent pas de données statistiques. Les méthodes qualitatives sont constituées d'un ensemble de techniques qualitatives de recueil des données. Ainsi les techniques les plus pertinentes pour répondre à nos préoccupations de départ a été la technique des entretiens.

2.7.3.1. L'entretien semi-directif

Les entretiens semi-directifs élaborés dans cette recherche avaient pour cible deux groupes stratégiques. Tout d'abord, nous avons un guide d'entretien destiné aux soignants. Ainsi, dans une perspective de vérification et d'approfondissement de nos préoccupations, celui-ci a comporté des thèmes identiques à ceux du questionnaire. Mais, pour autant que cet outil cible les soignants, il faudrait cependant noter qu'il ne s'est pas intéressé à ceux à qui un questionnaire a été administré. Ceci s'explique par le fait que nous avons besoin, après le recueil des informations, de trianguler les données issues du questionnaire et de l'entretien tous deux destinés aux soignants. Contrairement au questionnaire, nous n'avons pas interrogé l'ensemble de notre échantillon, mais nous en avons ciblé quelques, dans chaque service, en respectant le principe de la diversité des catégories. Selon le principe de la représentativité des différentes catégories de soignants, nous avons eu à interroger un ensemble de 29 soignants ainsi répartis :

⁶⁸ AKHDAR A., *Enquête nationale sur la vaccination anti-hépatite B chez les professionnels de la santé au Sénégal*, op. cit.

Tableau 7 : récapitulation des soignants interrogés

SERVICES CATÉGORIES	SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES	SERVICE DE NEUROLOGIE	TOTAL
médecins	5	4	9
infirmiers d'Etat	4	1	5
sages femmes	1	1	2
aides infirmier	3	2	5
infirmiers brevetés	2	3	5
techniciens de surface	2	1	3
TOTAL	17	12	29

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Un deuxième guide d'entretien a été destiné aux responsables des services que nous avons enquêté. Il s'agissait, pour ce présent guide, de renseigner le dispositif organisationnel que le service met à la disposition des soignants pour leur protection. C'est ainsi que nous nous sommes entretenu avec les majors des divisions, les chefs de service, les responsables d'équipe. Nous avons ainsi interrogé 5 majors (3 au service de Neurologie et 2 au service des MI), 1 chef de service (Neurologie) et 6 chefs d'équipe (3 au service des MI et 3 au service de Neurologie).

Quant au dernier guide d'entretien, il avait pour cible principal les professionnels spécialisés ou travaillant dans le domaine des maladies infectieuses en général et d'hépatite B en particulier. Ce guide avait pour objectif principal de renseigner le contexte de l'hépatite B en général et au Sénégal en particulier. Cet outil, soulignons-le, nous a mené hors des deux services ciblés pour trouver nos interlocuteurs dans des structures extérieures à notre champ d'étude (Faculté de médecine).

2.7.3.2. L'observation directe

Pour le recueil des données, la technique de l'observation nous a semblé une nécessité. En effet, l'hypothèse que nous avons formulée sur l'effet de l'environnement professionnel sur le comportement des soignants est un indicateur de cette nécessité de recourir à la technique de l'observation. Il y a, par ailleurs, comme deuxième indicateur de cette nécessité, l'opérationnalisation du concept de comportement à risque. En fait, le dispositif organisationnel, les rapports soignants-soignés et le respect ou non des mesures de précaution qui sont les dimensions de ce concept de comportement à risque, tel qu'élaboré dans le travail d'éclatement du concept, pour être renseignés, ont nécessité d'une observation. Ainsi, notre

grille d'observation a cherché à renseigner, au-delà de l'univers général des services ciblés, ces trois entités qui constituent les thèmes principaux de la grille d'observation.

2.8. L'ENQUETE DE TERRAIN

2.8.1. La pré-enquête

Les quinze premiers jours de notre séjour sur le terrain nous ont d'abord menés au niveau de la Direction des Ressources Humaines. Ce premier pas vers l'information nous a permis de nous renseigner sur quelques aspects qui nous intéressaient directement. Il s'agissait tout d'abord de quelques informations générales sur l'hôpital, ensuite du nombre de services dans l'hôpital, la fonction de chaque service, la ressource humaine de chaque service⁶⁹. Ce corpus d'information a été utilisé pour l'élaboration d'une méthodologie de travail de terrain. Ainsi, suivant nos critères de sélection et ayant choisi les services à enquêter, nous avons écrit des demandes adressées aux chefs de ces services suivant la période que nous voulions passer dans chaque service. L'enquête de terrain a commencé le 31 Mai 2010 au service des Maladies Infectieuses avec l'autorisation d'enquête par le Professeur Papa Salif Sow qui en est le chef. Deux mois plus tard, c'est-à-dire à partir du 27 Juillet 2010, a commencé l'enquête au service de Neurologie.

2.8.2. Le terrain proprement dit

Les premiers jours de terrain dans les services que nous avons ciblés ont joué une part importante sur la validation de nos données. En effet, le service était le seul lieu où nous pouvions trouver nos interlocuteurs pour la collecte des informations. De fait, ce lieu pouvait être un biais pour le recueil des données. Il devait être anticipé et géré. C'est ainsi que la familiarisation s'est imposé à nous. Des passages répétés, suivant la chronologie des équipes de garde dans les différentes divisions de chaque service, ont été le moteur de cette familiarisation. Après notre présentation et l'exposé de notre motif de terrain, les autres passages ont été l'objet de visite de courtoisie aux moments opportuns dans les divisions, c'est-à-dire au moment où les soignants étaient en pause après chaque séance de prise en charge de l'équipe de garde. Plus tard, on accompagnait les soignants dans les salles d'hospitalisation pour la prise en charge⁷⁰. Ces derniers, nous nommaient « docteur » au service des Maladies Infectieuses et « major » au service de Neurologie et cela a beaucoup facilité notre intégration en leur sein. Nous profitons également de ces moments de passage

⁶⁹ En plus de quelques entretiens avec la D.R.H, un document a été mis à notre disposition.

⁷⁰ Nous mettions une blouse blanche qui ne nous distinguait pas trop d'eux.

pour mener des observations et nous ne manquions parfois d'entrer dans les toilettes pour noter, sans que personne ne s'en aperçoive, des informations qui risquaient de nous échapper.

Ces passages répétés dans ces différents services nous ont également appris à distinguer « heures creuses » et « heures pleines ». En fait il y a des moments de la journée où les soignants sont en pleine activité de prise en charge. Dans ces moments importants de par la pluralité des actes ou, du moins, par la concentration et la rigueur⁷¹ qu'exige chacun de leurs gestes, les soignants se montrent indisponibles pour des activités autres que la prise en charge. C'est après ces « heures pleines » qu'ils prenaient toute la latitude de discuter et de se recréer dans les salles de garde. Ces instants de détente n'étaient pas, cependant, sans perturbation puisque, des cas d'intervention urgentes pouvaient se manifester. Nous ne manquions, pendant ces moments de relaxation, de nous entretenir avec eux ; les questionnant sur leur environnement de travail, leurs pratiques quotidiennes, leurs rapports aux mesures de protection. Ces entretiens informels ont été d'une importance capitale. En effet, ils nous ont apporté des éléments d'éclatement de nos concepts en dimensions et en indicateurs ; lequel éclatement nous a facilité notre outillage pour le recueil des données. C'est ainsi que notre questionnaire n'a fait l'objet que d'un pré-test sur un échantillon de 17 soignants en tenant en compte les différentes catégories. Après ce pré-test, quelques rectificatifs ont été apportés pour la dernière confection du questionnaire.

C'est seulement après ce premier travail que nous avons commencé à administrer le questionnaire, puis, à les distribuer⁷². De fait, pour mieux contrôler les questionnaires distribués, nous avons procédé à une remise par groupe de soignant. Chaque division constituant un groupe en plus du groupe des médecins. Ce même procédé de recueil par grappe a été réutilisé pour les entretiens. Seulement dans ce présent cas, les groupes ont été constitués à partir des catégories de soignants.

Enfin, le principe itératif nous a mené, sans pour autant qu'elle fasse partie de notre champ d'étude, à la pharmacie de l'hôpital Fann. En fait, c'est dans le discours des responsables des services que nous avons trouvé les fondements de cette démarche. Ces derniers, expliquant les origines de l'indisponibilité technique dans leurs services respectifs, ont imputé cette contrainte technique au fait qu'il y a souvent rupture de stock au niveau de la

⁷¹ Laquelle impassibilité faisait que les soignants, au moment de nos observations, ignorent notre présence dans les lieux de prise en charge. C'est ainsi que nous avons observé le comportement habituel de ces derniers.

⁷² Le motif de ce changement de procédure de collecte sera exposé dans la partie suivante.

pharmacie. De telle sorte que leurs commandes de gants principalement, n'étaient guère satisfaites sur le coup. C'est ainsi qu'un pas a été fait vers la pharmacie pour renseigner davantage cette indisponibilité. Nous avons eu à discuter avec le pharmacien sur quelques points qui nous semblaient importants à savoir :

- leurs rapports aux commandes de gants ;
- leurs priorités en matière de satisfaction des demandes ;
- leurs principales contraintes.

2.8.3. Les difficultés rencontrées

Sur le terrain, nous avons été confrontés à quelques difficultés émanant directement des réalités de notre champ d'étude. La première difficulté à laquelle nous avons fait face était directement liée à nos observations. Dans un souci de documenter les premiers acteurs au devant de la scène lors des activités de soins, nous avons été amené à observer régulièrement des moments de prise en charge des malades. Les acteurs de ces prises en charge étaient de telle sorte que nous ne pouvions les distinguer de visu. En effet, ils portaient des blouses identiques. Ces dernières étaient toutes de couleurs blanches et rien d'autre ne permettait de faire une nette distinction entre les différentes catégories impliquées dans ces activités de prise en charge médicale. De fait, une simple observation ne pouvait, objectivement pas, nous renseigner sur les différentes catégories de soignants impliquées. C'est ainsi qu'on a associé à ces observations, des entretiens informels avec ces mêmes acteurs, au sortir de ces activités de soins. Cependant, pour autant que ceci fut une difficulté réelle, elle ne la fut qu'au début de notre recherche de terrain, au moment où nous étions entrain de nous familiariser avec nos enquêtés. Plus tard dans nos investigations, alors que nous connaissions la majeure partie de ces acteurs, les entretiens informels n'ont été que secondaires et effectifs quand il s'agissait d'un soignant qu'on ne reconnaissait pas. De fait, cette familiarisation puis cette connaissance des différents acteurs nous permettaient de trianguler les dernières observations des activités de prise en charge aux premières.

Une autre difficulté a été celle directement liée à l'administration de nos questionnaires et plus précisément à l'administration directe de ceux-ci. En effet, l'administration directe, qui nous mettait en rapport de face à face avec les soignants, a le plus souvent engendré un discours normatif de leur part. C'est surtout sur l'effectivité de la prise des mesures de sécurité que ce rapport a biaisé le plus. Des soignants bien connus et observés

lors des mesures de prise en charge sans avoir porté des gants par exemple, affirment, avec rigueur, qu'ils utilisent toujours les moyens de protection, et les gants surtout, lors de toutes leurs activités dans le service. De fait, pour surmonter ce biais, nous avons procédé, à la place de l'administration directe, à une distribution des questionnaires et à l'indication d'un endroit de dépôt pour garantir l'anonymat et indirectement la confidentialité. Cette difficulté, nous la nommons le biais de l'administration directe. On sait, en fait, que l'administration directe est l'idéal pour le recueil des données avec le questionnaire puisque, de la part des interlocuteurs, les mimiques, les hésitations, les gestuels, etc., sont également des informations importantes. Cependant, dans notre cas précis, elle fut un biais.

Une troisième difficulté enregistrée a été celle liée à l'usage de notre dictaphone pour recueillir les données des entretiens. En effet, bien que l'enregistrement fut négocié et accepté par nos interviewés, nous apercevions nettement qu'il les mettait mal à l'aise. De fait, leurs discours étaient auto contrôlés et leurs mots bien mesurés. On sentait que c'était le dictaphone qui en était la cause. Ainsi, pour palier ce fait et tenter de créer, de la part des soignants, un discours libre, une autre posture a été adoptée après ce constat. Après la négociation de l'entretien et la mise en marche du dictaphone, nous ne commençons pas directement les entretiens. On parlait souvent de choses qui n'avaient aucun rapport avec notre guide d'entretien. On discutait parfois du petit déjeuner que l'autre était en train de prendre à côté, du climatiseur qui ne fonctionnait plus, etc. De telle sorte que l'enregistrement était parfois oublié. Cette diversion se reproduisait parfois, plusieurs fois lors d'un même entretien à des intervalles cependant irréguliers. Lors des transcriptions, on s'est aperçu que 70 à 80% des entretiens nous intéressaient directement. Le reste de la durée de ceux-ci étant le reflet des moments de diversions.

Une contrainte de temps s'était également posée. En effet, après la distribution des questionnaires, il nous a fallu beaucoup de temps pour que les soignants les remplissent et les déposent. Il s'est même avéré que des questionnaires n'étaient toujours pas récupérés alors que la durée officielle de notre séjour au sein de l'hôpital était venue à terme⁷³. C'est ainsi grâce au stage que nous avons décroché à l'Institut de Recherche pour le Développement

⁷³ Nous avons officiellement une autorisation d'abord pour deux mois, puis nous avons demandé une prolongation de notre séjour pour un mois de plus. De telle sorte que, la durée officielle de notre terrain était de trois mois.

(IRD)⁷⁴ nous avons eu toute la latitude pour palier cette contrainte de temps. Toutefois, et il semble important de le souligner, nous avons eu quelques manquants (12). Il s'agit de sept questionnaires perdus par les soignants, deux refus et trois non valides. De fait, notre échantillon de départ qui était composé de 92 soignants, a été réduit à 80 enquêtés.

En résumé, ce qui ressort de toutes ces difficultés de terrain, c'est qu'à chaque fois qu'une contrainte s'est posée, une stratégie en ressortait pour la surmonter. Nous n'avions pas de postures préétablies pour l'enquête de terrain mais plutôt des stratégies spécifiques aux nombreuses réalités confrontées.

2.9. LE TRAITEMENT DES DONNÉES

En ce qui concerne les données quantitatives, elles ont été, après recueil, placées dans une base de données en utilisant le logiciel SPSS. C'est ainsi que les tableaux simples et les tableaux croisés ont été générés à partir de cette base.

Pour les données qualitatives et pour ceux en particulier issues des entretiens, elles ont toutes été transcrites. La transcription, contrairement à la traduction, nous a permis de reprendre les propos tels que nous les avons recueillis sur le terrain. Elle nous a permis de reprendre les hésitations, les mimiques, les ruptures de construction, les insistances, etc. ; chose qui n'aurait été guère possible dans un contexte de traduction.

⁷⁴ Plus précisément à l'Unité Mixte de Recherche (UMR) 145 sur le sida et les maladies associées qui nous offrait un accès libre dans l'enceinte de l'hôpital puisque nous étions affilié au Centre Régional de Recherche et de Formation, lui même implanté au sein du Service des maladies infectieuses de l'hôpital de Fann.

**DEUXIÈME PARTIE : HÉPATITE B,
EXPOSITION AUX RISQUES, PRATIQUES
PROFESSIONNELLES ET FACTEURS
EXPLICATIFS**

DEUXIÈME PARTIE : HÉPATITE B, EXPOSITION AUX RISQUES, PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET FACTEURS EXPLICATIFS

CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE L'HÉPATITE B

1.1. L'HÉPATITE B : DÉFINITION

Le terme « hépatite » est utilisé pour désigner toute inflammation du foie, il vient du grec « hépar » qui signifie foie. Le mot virus vient du latin, et signifie poison.

La phase initiale d'une hépatite prend le nom d'hépatite aiguë. Elle devient chronique lorsqu'elle dure plus de six (6) mois. Les hépatites sont, en général des maladies peu bruyantes dont la révélation est relativement longue (1 à 3 mois après l'infection). L'incubation est le temps qui sépare le contact avec le virus des premiers signes de l'hépatite.

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est un problème mondial, car les trois quarts de la population mondiale vivent dans des régions où la prévalence de l'infection chronique par le VHB atteint 2% ou davantage⁷⁵. Ce sont 350 millions de personnes environ qui sont infectées de manière chronique par le VHB. Ces personnes constituent un réservoir d'infection qui fait courir des risques aux individus sensibles et aux générations futures. Le VHB s'abrite dans le foie de porteurs chroniques qui, eux-mêmes, risquent d'appartenir au million de personnes environ qui meurent chaque année et dont le décès résulte directement d'une cirrhose ou d'un cancer du foie provoqué par le VHB. Les statistiques établies au niveau mondial montrent :

- que 25% des porteurs chroniques meurent de cancer primaire du foie ou de cirrhose en tant qu'adulte;
- que le VHB est à l'origine de 60 à 80% des cancers primaires du foie dans le monde ;
- que le cancer primaire du foie est l'une des trois principales causes de décès par cancer chez les hommes en Asie de l'Est et du Sud-Est, dans le Bassin du Pacifique et en Afrique subsaharienne.

⁷⁵ Voir figure en annexe 2.

1.2. L'HÉPATITE B : POUR UNE APPROCHE ÉTIQUE DE LA MALADIE

1.2.1. Le virus de l'hépatite B

Le virus de l'hépatite B est dénommé VHB. Il est le mieux connu des virus responsables d'hépatite. Le VHB a été identifié en 1967. C'est un virus à ADN circulaire à partie double brin.

Schéma 2 : Le virus de l'hépatite B



Source : Institut Pasteur

C'est un virus enveloppé, relativement résistant. Il peut persister dans le milieu extérieur et garder son pouvoir infectieux plusieurs jours. L'hépatite virale B guérit dans 90% des cas. Elle génère dans environ 10% des cas une infection chronique susceptible d'évoluer vers la cirrhose et la dégénérescence en cancer du foie. Une éventuelle coïnfection ou surinfection par le virus de l'hépatite Delta (VHD) viroïde dont le pouvoir pathogène nécessite la présence du virus B, aggrave la maladie. Le VHB est résistant à l'éther et à l'alcool à 90%.

1.2.2. Les symptômes de la maladie

« Après un contact avec le virus, certains sujets vont avoir une infection de l'hépatite aiguë et vont guérir naturellement. En termes de signe, ce qu'il faut dire c'est que l'hépatite B, dans 90% des cas, est dite asymptomatique. Parmi ces infections qui

sont asymptomatiques, une partie va évoluer vers la guérison, une autre partie va évoluer vers l'infection chronique »⁷⁶.

La phase initiale d'une hépatite prend le nom d'hépatite aiguë. Elle devient chronique après 6 mois de portage. Les hépatites virales sont donc des maladies peu bruyantes dont la révélation est relativement longue (1 à 3 mois après le contact)⁷⁷. Après incubation, l'hépatite B aiguë se déclare par les signes tels que l'ictère ou la jaunisse qui est une coloration jaune des yeux et des ongles ; l'asthénie ou grande fatigue : cela veut dire que le sujet ressent une grande fatigue alors qu'il n'a point fourni d'effort ; l'arthralgie ou douleurs articulaires : le sujet est atteint de douleurs au niveau des coudes, des genoux et des autres articulations et enfin, des troubles digestifs variés comme les nausées, vomissements, douleurs de l'abdomen et dégoût alimentaire.

1.2.3. Les modes de transmission de la maladie

La transmission du VHB est liée à sa présence dans la plupart des liquides biologiques des personnes infectées (sang, sperme, sécrétions vaginales et, à des concentrations plus faibles, dans la salive). Les modes de transmission de l'hépatite B sont :

- la transmission sanguine ; la toxicomanie par voie intraveineuse ;
- la transmission sexuelle : elle touche aussi bien les homosexuels que les hétérosexuels à partenaires multiples ;
- la transmission verticale ou la transmission mère à enfant : si la mère est porteuse de virus en phase de multiplication, le risque de transmission à l'enfant est de 80% ;
- la transmission dite « parentérale » : elle peut se produire lors des piqûres accidentelles souvent passées inaperçues chez le personnel médical ou paramédical, lors de la projection de liquides infectés sur des plaies cutanées, les muqueuses ou les yeux. Le problème est posé par la transmission par les instruments de toilette (rasoirs, brosse à dent, etc.). Ce mode de transmission pourrait rendre compte de la contamination intrafamiliale (ou transmission horizontale) qui est retrouvée dans environ 30% des cas.

⁷⁶ Selon le Professeur Aminata Sall DIALLO, directrice du laboratoire de physiologie de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odonto stomatologie/UCAD par ailleurs directrice exécutive du Programme National de Lutte contre l'Hépatite B.

⁷⁷ « L'incubation est le temps qui sépare le contact avec le virus des premiers signes de l'hépatite », OUZAN D., op.cit., p.4.

- Chez les professionnels de santé : l'hépatite B est une maladie professionnelle. Le personnel travaillant dans les services d'urgences, les services de reins artificiels et les laboratoires sont les plus exposés. En effet, la prévalence des marqueurs sérologiques montrant qu'il y a eu contact antérieur avec le VHB est bien plus élevée (de 2 à 10 fois selon la fonction) pour les professionnels hospitalier que pour la population générale.

1.2.4. Les modes de traitement de la maladie

Ce n'est que tout récemment, au milieu des années 1980, qu'ont été reconnus des médicaments autorisant un traitement antiviral de l'hépatite chronique B⁷⁸. Soulignons à cet effet, que pour l'hépatite B aiguë, aucun traitement n'est utile⁷⁹. Deux médicaments ont actuellement reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le traitement de l'hépatite virale chronique B : l'interféron alpha (α) recombinant et la vidarabine monophosphate. Celui qui a suscité le plus grand espoir est l'interféron. Le but de ce traitement est l'arrêt définitif de la multiplication du virus responsable de lésions du foie, afin d'éviter si possible, la constitution d'une cirrhose et par là même l'apparition d'un cancer.

1.2.5. Les complications de la maladie

Les formes frustes s'exprimant par peu ou pas de symptômes sont susceptibles de durer plus de 6 mois et d'évoluer ainsi vers la chronicité avec un risque de cirrhose puis de cancer du foie.

Sur 1000 sujets infectés par le virus de l'hépatite B, 900 vont guérir et 100 vont développer une infection chronique. Parmi ces derniers, 30 auront un foie normal et seront considérés comme porteurs sains du virus, 40 autres auront une hépatite chronique persistante et 30 une hépatite chronique active. Dans cette catégorie, la maladie est susceptible d'évoluer vers la cirrhose. Si une cirrhose est constituée, le risque de cancer du foie est important⁸⁰.

⁷⁸ OUZAN D., op. cit., p.32.

⁷⁹ En effet, cette infection guérit tout seul sans intervention. LEFRERE J.-J., LUNEL F., MARCELIN P. et al., op. cit., p.53.

⁸⁰ « De l'ordre de 3% par an », OUZAN D., loc. cit.

1.3. ACCIDENTS PROFESSIONNELS ET PRÉCAUTIONS STANDARDS

Le risque professionnel lié à l'hépatite B est tout à fait comparable à celui lié au VIH. Il convient donc d'appliquer les mêmes règles de sécurité et d'asepsie⁸¹. Les mesures de préventions qui s'adressent au personnel soignant reposent sur des règles simples, applicables dans tous les services et pour tous les patients sans distinction. Il s'agit de précautions universelles destinées à éviter au maximum les blessures et les piqûres avec des instruments souillés par le sang et à protéger l'exposition au sang des lésions antérieures (coupures, blessures). Pour être correctement appliquées et pour être réellement efficaces, ces mesures doivent être généralisées, car les limiter aux seules personnes réputées porteurs de virus entraînerait une fausse sécurité. En effet on peut toujours avoir affaire à des sujets infectés non reconnus, à l'occasion des urgences par exemples ou lorsque les résultats sont en attente. En outre, ces mesures simples, non contraignantes pour le personnel, sont destinées à éviter l'acquisition de toutes maladies transmissibles et, d'une façon générale, toute maladie non évitable par une vaccination. Il suffit à cet effet d'observer les règles simples en vigueur pour les maladies infectieuses transmissibles. Ces précautions ont été conçues pour protéger les soignants des risques de contact avec le sang ou avec les liquides souillés par le sang. Ces mesures de précautions universelles sont désormais appelées « précautions standards ». Il s'agit de :

- se laver de manière adéquate et régulière les mains puis désinfecter en cas de contact avec le sang et systématiquement après tout soin ;
- prendre toutes les précautions pour éviter de se blesser avec des instruments souillés par des substances potentiellement contaminantes : sang, urine, autres sécrétions biologiques ;
- désinfecter avec une technique adaptée toute surface, tout récipient, tous matériaux ou instruments souillés ;
- porter des gants et une blouse lors de tout acte impliquant un contact avec des substances potentiellement contaminantes : prise de sang, intervention curative, manipulation des lésions cutanées ouvertes, des selles, des urines.
- Porter un masque chirurgical et des lunettes. En cas de projection de sang ou de liquides biologiques, désinfecter la peau avec de l'alcool, de la Bétadine ou à défaut, de l'eau de javel et décontaminer immédiatement les surfaces avec de l'eau de javel ;

⁸¹ QUARANT J. F., REBOULOT B. et CASSUTO J.P., *Hépatites virales*, Paris, Masson, 1996, p.59.

- Utiliser de préférence un matériel d'injection à usage unique ; les objets tranchants et piquants doivent être recueillis dans des conteneurs adaptés, stables et à taille adéquate, disposés à portée de main ;
- Les aiguilles ne doivent être ni pliées, ni brisées mais isolées dans des conteneurs que vident les infirmiers.

1.4. ÉPIDÉMIOLOGIE

L'hépatite B est un problème de santé publique à l'échelle planétaire. On estime à près de 200 millions le nombre de porteurs chroniques du virus B au monde. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), situe l'hépatite B au 9^{ème} rang des causes de décès, avec 2 à 3 millions de décès par an⁸². Mais, pour autant que ce nombre de porteurs chroniques semble élevé, il est inégalement réparti selon les zones. On dit que sa distribution est ubiquitaire. On distingue ainsi trois zones d'endémicité :

- 45% de la population mondiale vit dans les zones géographiques de forte endémicité, où plus de 8% de la population générale a une infection chronique. Ces zones concernent la plupart des pays en voie de développement en particulier l'Afrique noire, la Chine et l'Asie du Sud-est où la prévalence d'infection peut atteindre plus de 25% de la population dans certaines régions⁸³.
- 43% de la population mondiale vit dans des zones d'endémicité moyenne, où 2 à 7% de la population générale a une infection chronique. Ces zones recouvrent en fait le Bassin méditerranéen, l'Europe de l'Est, une partie de l'Amérique latine et du Maghreb.
- 12% de la population mondiale vit dans des zones géographiques de faibles endémicité, où moins de 2% de la population générale a une infection chronique. C'est le cas de l'Europe de l'Est, de l'Amérique du Nord, du Japon.

L'hépatite B sévit surtout en Afrique intertropicale et en Asie du Sud-est où la quasi-totalité de la population rencontre le virus à un moment ou à un autre de sa vie. Dans ces zones, 5 à 20% des habitants seraient porteurs chroniques.

⁸² OUZAN D., op. cit., p.27.

⁸³ LEFRERE, J.-J., LUNEL, F. *et al*, op. cit., p.29.

Le Sénégal se trouve dans la zone intertropicale africaine la plus touchée par le VHB. Les enfants y sont contaminés tôt, dès les premières années de la vie. En effet, 20% le sont avant l'âge de 1 an, 70% avant 3 ans, 85% avant 15 ans ainsi que 95% des adultes⁸⁴. Les études menées en 1981 et 1982⁸⁵ fournissent des renseignements très précis sur l'âge de la contamination par le VHB. Une autre étude réalisée par l'équipe de BLUMBERG B.S., DIOP B., et SOW M.⁸⁶ dans la communauté rurale de Tip a montré que 78% des sujets ont été infectés par le VHB et 12% des sujets présentaient une infection active.

1.5. LES MOYENS DE PROTECTION CONTRE LA MALADIE

1.5.1. Mesures générales de protection

La gravité potentielle des infections virales B, du fait du risque d'hépatite fulminante (1%) d'évolution vers la chronicité (2 à 5% chez l'adulte, 80 à 90% chez l'enfant), avec ses propres risques de cirrhose et de cancer⁸⁷ a justifié le développement rapide d'une approche efficace. Une immunothérapie passive ou active, peut être aujourd'hui proposée pour prévenir l'infection par le VHB.

La prévention a également beaucoup bénéficié des efforts faits pour la prévention du Sida. La transmission par le sang et ses dérivés a été réduite par l'utilisation raisonnée de la transfusion, par les techniques de chauffage pour les dérivés du sang et par l'utilisation du matériel à usage unique⁸⁸. La crainte du Sida a entraîné de profonds bouleversements dans les habitudes des usagers de drogue. La mise à disposition des seringues jetables et l'avènement des programmes de substitution de drogues dures devraient permettre de réduire le risque de l'hépatite B dans cette population. La transmission sexuelle a, de la même façon, été réduite par la modification des comportements des sujets homo et hétérosexuels et notamment par les campagnes anti Sida sur l'utilisation du préservatif.

1.5.2. La vaccination

Les vaccins contre l'hépatite B sont disponibles depuis 1982 et sont utilisés par des centaines de millions de personnes, avec un bilan d'innocuité et d'impact sur la maladie remarquable. La prévalence élevée du portage du virus de l'hépatite B a déjà été réduite

⁸⁴ AKHDAR A., op. cit., p.15.

⁸⁵ AKHDAR A., loc. cit.

⁸⁶ BLUMBERG B.S., DIOP B., et SOW M., « Epidémiologie de l'infection de l'hépatite à virus B dans la communauté rurale de Tip, Sénégal », Données actuelles sur les hépatites virales, Paris, Arnette, 1985, pp.65-72.

⁸⁷ POL S., *Les hépatites virales*, Paris, Doin, 2000, pp.105-106.

⁸⁸ OUZAN D., op. cit., p.37.

considérablement dans les cohortes d'enfants vaccinés dans de nombreux pays. Le vaccin contre l'hépatite B est le premier, et actuellement le seul, vaccin qui agit contre un cancer humain d'importance. La vaccination est l'instrument le plus efficace pour prévenir la transmission de l'infection par le VHB. Les vaccins sont composés de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (HBsAg) et sont produits selon deux méthodes différentes (dérivés du plasma ou produits par génie génétique). Lorsqu'il est administré correctement, le vaccin contre l'hépatite B protège environ 95 % des receveurs. Le vaccin dérivé du plasma est fabriqué à partir du sang de personnes infectées de façon chronique, lequel a été traité pour détruire tout virus vivant. Il a prouvé son innocuité et son efficacité. Plusieurs centaines de millions de doses ont été administrées

Depuis 1982, l'utilisation de ce vaccin a été au départ compromise par la crainte qu'il pouvait transmettre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Cependant, la méthode de production du vaccin garantit qu'aucune particule de VIH (ou d'autres agents infectieux) ne survit. Par conséquent, cette crainte est infondée. Le vaccin produit par génie génétique est également sûr et efficace. Il semble être équivalent en tout point au vaccin dérivé du plasma. Au Sénégal, cette vaccination a été introduite depuis quelques années dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et a pu bénéficier aux populations jeunes non encore insérées sur le plan professionnel avec un taux de couverture de plus de 80%. On n'a aucune idée du taux de couverture vaccinale contre le VHB parmi le personnel hospitalier, encore moins de la proportion de professionnels de santé immunisés contre le VHB.

En résumé, l'hépatite B, telle que documentée ci dessus, reste en fait une maladie infectieuse grave. Cette caractéristique maligne de cette infection trouve son explication dans le fait qu'elle peut non seulement aboutir à une chronicité et à un cancer du foie mais aussi par le fait qu'elle présente parfois une co-infection avec d'autres virus tels que le VIH et/ou le VHD. Elle est cependant une maladie professionnelle car exposant le plus les agents de santé exerçant dans les structures de soins aux risques de contamination. La question qui, à présent, peut être posée est celle de savoir qui sont les soignants les plus exposés ? Qu'est ce qui les expose le plus au risque ? Voici tant de questions à lesquelles le chapitre qui suit tente d'apporter des réponses.

CHAPITRE 2 : IDENTIFICATION DES SOIGNANTS

La chose qui, en dépit des classifications officiellement établies, est ressortie du terrain, est digne de remarque. En effet, la catégorisation multiple des soignants cache, malgré elle, un autre type de hiérarchisation plus simple divisant cette multitude de catégories en deux groupes. Il y a d'une part les acteurs directement concernés par les soins aux malades et d'autre part ceux qui sont indirectement concernés. De fait, le critère principal de cette différenciation reste le rapport aux activités de soins. Il est donc vrai qu'une différenciation reposant sur un autre critère aurait, sans nul doute, fait apparaître un autre type de catégorisation. Mais, ce qu'il convient de souligner, c'est que la nôtre repose sur le seul critère du rapport aux soins. Chose qui nous permet une classification simple selon laquelle, il existe deux groupes de soignants observés.

2.1. DISTINCTION DES CATÉGORIES DE SOIGNANTS

L'importance de cette différenciation est double. En effet, au-delà du fait qu'elle nous dévoile directement les acteurs les plus concernés par les activités de soin, elle nous montre également, du moins, indirectement, la catégorie la plus exposée. Plus tard, une classification plus précise du groupe à haut risque et du groupe à risque réduit pourrait être établie. La question qui, ici reste posée, est celle de savoir qui sont ces deux catégories préétablies. Triangulons à présent ces données de l'observation aux autres données pour mieux diagnostiquer ce fait éminent.

Selon les paramédicaux, communément appelés « infirmiers » dans les services enquêtés, les médecins ne sont pas concernés par les activités de soins administrés aux malades mais plutôt par d'autres activités telles que les consultations par exemple. F.F. qui est aide infirmière au service des MI nous disait que :

Un médecin qui fait des soins ? C'est nous qui payons les pots cassés,...nous ! nous payons les pots cassés. Quand on nous disait...quand on nous disait étudiez et que nous refusions ! (...) prendre ses feuilles, s'asseoir et écrire, écrire seulement et distribuer, c'est facile. Toi, c'est sur toi que les malades grondent, l'accompagnant se déversent sur toi, tu assumes tout, eux, là où ils s'assoient pour écrire...ils ne sont là que pour écrire..... »

Ces propos de l'aide soignante laissent apparaître un fait important. Ils montrent en effet qu'il y a une différence entre les médecins et les paramédicaux qui est ici traduit par le « nous » qu'emploie F.F. En termes de soins aux malades, l'aide infirmière nous fait savoir

que les médecins ne sont pas du tout concernés. Qui plus est, elle établit une catégorisation entre ces deux groupes reposant sur les termes du « Nous » et « Eux » pour désigner l'un ou l'autre des deux groupes. Les paramédicaux, comme par conformisme au principe de l'ethnocentrisme, classifient la tâche des médecins comme très facile par rapport à la leur qui leur fait subir les caprices des patients mais également des accompagnants.

2.2. NIVEAU D'IMPLICATION DANS LES ACTIVITÉS DE PRISE EN CHARGE

Sur le terrain, nous avons pu observer que le niveau d'implication des soignants dans les activités de prise en charge varie selon les catégories et selon les activités. Observons le tableau suivant qui établit un croisement entre les activités de prise en charge et les catégories de soignant.

Tableau 8 : croisement entre catégories de soignant et activités de soins.

		catégories de soignant					Total	
		médecin	IDE	S. femme	aide inf.	Infirmier breveté		tech. de surface
Tâches	soins intensifs	7	4		1		11	
	Administration médicaments	4					5	
	consultations	6					6	
	tous les soins	1	8	3	19	12	43	
	suivi et prescription	7					7	
	examen clinique	1					7	
	NRP						7	1
Total		26	12	3	20	12	7	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Pour les 26 médecins de notre échantillon, 7 d'entre eux disent être concernés par les soins intensifs et 1 seul, par tous les soins. En termes de pourcentage, 30,76% seulement des médecins enquêtés sont concernés par des activités de soins dans les deux services. Paradoxalement, sur les 43 acteurs concernés par tous les soins, nous avons 1 seul médecin et 42 paramédicaux (8 infirmiers d'Etat, 3 sages femmes, 19 aides infirmières et 12 infirmiers brevetés). C'est dire en terme de pourcentage que 97,67% des concernés par tous les soins sont des paramédicaux ou encore des « infirmiers » pour reprendre le terme utilisé dans les services pour les nommer. La distinction entre les tâches des médecins et les tâches des paramédicaux apparaît nettement puisque, sur six activités de soins énumérées, ces deux catégories ne partagent que deux activités à savoir les soins intensifs et tous les soins. Même dans ces entités qu'ils partagent, leur répartition est inégale. Pour la deuxième modalité de

réponse partagée par exemple, à savoir « tous les soins », les médecins n’y représentent qu’une infime partie. Cette division des tâches, nous dira-t-on, est logique puisque les paramédicaux ne doivent pas faire des examens cliniques et des consultations alors que le médecin est présent ; chose que nous partageons. Cependant, si nous tenons à dévoiler ce fait sur le rapport entre catégories et activités de soins, c’est pour comprendre laquelle des deux catégories est la plus en contact avec les malades et plus précisément avec les liquides biologiques et le sang en particulier. Pour ce faire, faisons à présent le croisement entre les catégories de soignants (question n°2) et la régularité de leurs contacts avec le sang (question n°13)⁸⁹.

2.3. LES CONTACTS AVEC LE SANG

Les contacts avec le sang dans les services enquêtés ont été observés comme subissant des variations selon les catégories de soignants.

Tableau 9 : croisement entre catégories et régularité de contact avec le sang

		régularité des contacts			
		oui	non	Sans rép.	Total
Catégories	médecin	4	21	1	26
	infirmier d'état	11	1		12
	sage femme	3			3
	aide infirmier	10	10		20
	Infirmier breveté	10	2		12
	tech. de surface		7		7
	Total	38	41	1	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Le tableau laisse apparaître un échantillon de 38 soignants qui disent avoir des contacts réguliers avec le sang. Dans cet échantillon, 4 seulement sont médecins et les 34 restants sont des paramédicaux (11 infirmiers d’Etat, 10 aides infirmiers, 10 infirmiers brevetés et 3 sages femmes). Inversement, sur les 41 acteurs qui n’ont pas de contacts réguliers avec le sang, 21 sont des médecins donc plus de la moitié ; et si l’on tient en compte que parmi les 20 restants il y a 7 techniciens de surface, les paramédicaux sont encore moins représentés dans ce groupe. Nous pouvons alors dire que ces analyses sur la régularité des contacts avec le sang suivent celles qui ont été précédemment faits sur les activités de soins en fonction des catégories de soignants. C’est ainsi que ceux qui sont plus concernés par les

⁸⁹ Pour la vérification des questions correspondantes, voir annexes 1.

soins (les paramédicaux), sont la catégorie qui a le plus de contact avec le sang. La perspective ici ouverte à propos de l'implication des deux catégories quant aux activités de prise en charge et également quant à leur contact avec le sang est révélateur d'un fait important. En effet, selon une analyse simple, ceux qui sont les premiers acteurs quant au contact avec les malades et qui par ailleurs ont le plus de contacts réguliers avec le sang sont les plus exposés au risque lié à l'hépatite B. En termes plus précis, ce sont les paramédicaux qui sont la population de soignant la plus exposée au risque lié au VHB. Les médecins semblent ainsi les moins exposés à ce risque parce qu'ayant moins de contact avec le corps malade, réduisant du coup les contacts avec le sang.

Cependant, pour autant que les paramédicaux restent le groupe ayant des contacts plus réguliers avec le sang, le niveau de régularité reste à être déterminé. Ainsi, pour déterminer le niveau de régularités des contacts avec le sang, établissons le croisement entre le contact avec le sang (question n°12), les catégories de soignants (question n°2) et le niveau de fréquence des contacts avec le sang (question n°14).

Tableau 10 : croisement entre contact avec le sang, catégories et fréquence des contacts

contact avec le sang?			fréquence des contacts					
			Aucun	très peu	peu	bcp	NRP	Total
Oui	Catégories	médecin	8	10	3		21	
		infirmier d'état	1	3	8		12	
		sage femme			3		3	
		aide infirmier	5	8	7		20	
		Inf. breveté	1	3	8		12	
	Total		15	24	29		68	
Non	catégories	médecin	1	1		3	5	
		tech. de surface	7				7	
	Total		7	1	1		3	12

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Ce présent tableau nous dévoile un échantillon de 68 soignants affirmant avoir des contacts avec le sang à l'hôpital. Dans ce groupe, les médecins ne représentent que 30,88%, soit un effectif partiel de 21 médecins. Parmi ces derniers, 3 seulement affirment avoir beaucoup de contact avec le sang par semaine contre 10 qui en ont peu et 8 qui en ont très peu. Inversement, sur les 29 soignants qui disent avoir beaucoup de contacts avec le sang par semaine, 89,66% sont constitués par les paramédicaux contre seulement 10,34% de médecin.

Parallèlement, sur les 15 professionnels de santé affirmant avoir très peu de contact avec le sang par semaine, plus de la moitié sont des médecins. Enfin, sur les 12 soignants affirmant ne pas avoir des contacts avec le sang à l'hôpital, il n'y a aucun paramédical mais 5 médecins et 7 techniciens de surface.

Nous voyons que ce que nous suggérions tantôt, lors de nos analyses précédentes, trouvent ici des fondements solides. En effet, en plus d'être premiers acteurs face aux corps malades, en plus d'avoir des rapports réguliers avec le sang, voici que les paramédicaux ont le plus grand nombre de contact avec le sang par semaine. Ceci n'est pas sans les exposer aux risques liés au VHB qui, rappelons le, menace plus les professionnels de santé que la population générale. C'est ce que montrent d'ailleurs les données que nous avons sur les catégories qui, au cours des deux dernières semaines avant notre enquête, ont eu un contact accidentel avec le sang.

2.4. LES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG SELON LES CATÉGORIES DE SOIGNANT

Tableau 11 : croisement entre accident d'exposition au sang au cours des deux dernières semaines et catégories

		catégorie de soignants						Total
		médecin	IDE	sage femme	aide inf.	Inf. breveté	tech. de surface	
accident d'exposition?	Oui		1		1		2	4
	Non	26	11	3	19	12	5	76
Total		26	12	3	20	12	7	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

A la lecture de ce tableau, nous voyons que les accidents d'exposition au sang ne sont pas très courants. Parmi les catégories ayant déjà eu un contact accidentel avec le sang, il n'y a aucun médecin mais plutôt un infirmier d'Etat, un aide soignant et deux techniciens de surface. Ce fait est très intéressant dans mesure où il nous apporte des éléments de validation des analyses précédemment faites. C'est ainsi que nous pouvons affirmer que la population des paramédicaux est celle la plus exposée au risque. Nous dira-t-on, à raison, qu'il ne s'agit pas de tous les paramédicaux mais plutôt d'un infirmier d'Etat et d'un aide infirmier. Cependant, si nous nous permettons une telle catégorisation en disant tout simplement les paramédicaux, c'est parce que nous avons divisé le groupe des soignants en deux sous groupes.

Ce qui ressort de toutes ces analyses, c'est qu'il y a, dans l'espace sanitaire, une délégation des actes dans les professions de soin. Là, apparaît un paradoxe qui est révélateur d'un désordre socio-sanitaire digne de remarque. Il ne s'agit pas uniquement de l'imputer au fait que le médecin se désengage par rapport aux actes de soins, mais aussi au fait que ce soit les paramédicaux qui soient au devant de la scène sanitaire. Il y a, pour ainsi dire, une sorte de violence symbolique qu'exerce le système sur ces paramédicaux. Dans la pratique, cette domination apparaît sous la forme d'un système de surveillance rapproché qui assure la régularité et l'assiduité de la présence des paramédicaux dans l'hôpital. Dans les services enquêtés, ce système de contrôle est assuré par un infirmier major qui leur fixe des heures de pointe ; laissant du coup plus de marge de manœuvre aux médecins. Le système participe ainsi à ce processus de victimisation des paramédicaux qui sont au devant de la scène socio-sanitaire.

2.5. LA DÉLÉGATION DES TACHES

Cette problématique de la délégation des tâches est intéressante car elle est révélatrice d'un autre fait similaire au sein des deux groupes établis. C'est dire qu'au sein du groupe des médecins et du groupe des paramédicaux, cette délégation des tâches existe. L'observation montrait déjà que les infirmiers majors des différentes divisions au niveau de chaque service, sont moins concernés dans les activités de soins mais plutôt par les activités de supervision, d'encadrement et parfois de prescription. La population des aides soignants, des sages femmes et des autres infirmiers d'Etat, quant à elle, abandonnait la tâche de vidanges des conteneurs à aiguilles aux techniciens de surface. C'est d'ailleurs ce dernier constat qui a été le principal critère sur lequel a reposé le choix des techniciens de surface comme cible de l'enquête puisqu'étant concerné par le contact avec le sang, les autres liquides biologiques et les outils. En ce qui concerne les médecins, nous avons constaté que les plus concernés par les activités de soins sont les internes et les C.E.S (Certificat d'Etude Spécialisé) qui sont des médecins stagiaires. Pour s'en apercevoir, effectuons le croisement entre les médecins concernés par les activités de soin et leurs statuts.

Tableau 12 : croisement entre médecins concernés par les activités de soins et leurs statuts.

	quel est votre statut dans l'hôpital					Total
	étatique	contractuel	stagiaire	C.E.S	interne	
Médecins concernés par les soins	9			10	5	24

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Ce tableau nous montre que sur les 24 médecins affirmant être concernés par les activités de soin, 9 seulement d'entre eux sont des étatiques. Parmi les 15 autres, 10 sont des C.E.S et 5 des internes. Nous voyons ainsi que la population des médecins connaît également ce processus de délégation des tâches. Les internes et les CES sont plus concernés par les activités de soins, tandis que les médecins étatiques font des activités parfois différentes. Pour s'en apercevoir, croisons la catégorie des médecins avec leurs statuts, et leurs tâches.

Tableau 13 : croisement entre médecins, statuts et tâches.

		Tâches						Total
		Soins intensif	administration médicale	consultation	Tous les soins	suivi et prescription	examen clinique	
Médecins	Statut	étatique	2	5		2		9
		C.E.S	5		1	4	1	11
		interne	2	2	1	1		6
	Total	7	4	6	1	7	1	26

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Le tableau nous montre que sur les 9 médecins étatiques de notre échantillon, aucun n'est concerné ni par la modalité « soins intensifs », ni non plus par la modalité « tous les soins ». Par ailleurs, sur les 17 autres médecins (C.E.S et internes), 8 seulement, donc moins de la moitié, sont concernés par ces mêmes modalités. Tout laisse à croire que dans cette catégorie également, les tâches sont déléguées à des niveaux inférieurs, c'est-à-dire, aux paramédicaux.

Dans les années 50 aux Etats Unis, le sociologue HUGHES s'interrogeait sur le travail à l'hôpital. En étudiant la question spécifique du travail des infirmiers, il posait la question de savoir :

« Pourquoi telle tâche est accomplie par l'infirmière plutôt que par quelqu'un d'autre, ou par quelqu'un d'autre plutôt que par l'infirmière »⁹⁰

Hughes va s'interroger sur le type de tâche qui sera assumé par les uns plutôt que par les autres ainsi que le type de tâches que l'on va déléguer à l'un ou à l'autre : va-t-on déléguer des tâches jugées nobles ou à l'inverse des tâches plutôt serviles ? Dans le cadre de nos investigations, il apparaît, et nos observations l'ont démontrées, que les tâches déléguées sont

⁹⁰ CATANAS M., « la question du sale boulot à l'hôpital : petite sociologie de la délégation des actes dans les professions de soins », Décembre 2008, in <http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/SaleBoulot.pdf>, consulté le 27 Octobre 2010 à Dakar, à 17H 22.

plutôt celles jugées risquées. Les médecins délèguent les activités de soins aux paramédicaux ; ces derniers délèguent la tâche de vidange des conteneurs aux techniciens de surface. Il va sans dire que c'est, pour reprendre l'expression d'ARBORIO⁹¹, le « dirty work »⁹².

Ce qui, en un mot découle de ces analyses, c'est qu'il y a un désordre socio-sanitaire chez les professionnels de santé. Ce désordre expose le plus les paramédicaux qui, du coup se voient être les premiers acteurs de la scène. Nous assistons ainsi à une victimisation des paramédicaux ; laquelle est soutenue par le système traduit au niveau pratique par un système de suivi actif de cette catégorie des soignants. La question qui reste posée est celle de savoir qui sont ces paramédicaux et ces médecins indifféremment concernés par les activités de soins. Quelles sont, en d'autres termes les caractéristiques sociodémographiques de chacun des deux groupes ? Quel est le rapport entre les deux groupes de soignants préétablis et leurs caractéristiques ? Lequel d'entre ces deux groupes a le niveau d'étude le plus élevé, la plus grande expérience en termes d'ancienneté, et en termes de statut ? Telle est donc la présente principale préoccupation à laquelle nous allons essayer d'apporter des éléments de réponse à travers l'établissement de quelques corrélations.

2.6. LES CATÉGORIES DE SOIGNANTS ET LEURS CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES

Après l'identification des soignants selon leurs niveaux d'implication aux activités de soins et selon leurs niveaux d'exposition au sang, nous nous proposons maintenant de décrire leurs caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 14 : croisement entre niveau d'étude et catégories

		niveau d'étude				
		primaire	secondaire	supérieur	aucun niveau	Total
Catégories	Médecin			26		26
	infirmier d'état		9	3		12
	sage femme		3			3
	aide infirmier		14	6		20
	Infirmier breveté		12			12
	tech. de surface	4			3	7
	Total	4	38	35	3	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

⁹¹ CATANAS M., « la question du sale boulot à l'hôpital : petite sociologie de la délégation des actes dans les professions de soins », op. cit., p.12.

⁹² Le « sale boulot ».

Ce tableau croisé laisse apparaître un niveau d'étude assez moyen. En effet, 38 sur les 80 soignants de notre échantillon, donc un peu moins de la moitié, ont un niveau d'études secondaires. D'autre part, 35 sur les 80 soignants ont un niveau d'études supérieures. Cette répartition cache cependant quelques disparités quant aux catégories les mieux instruites et celles qui le sont que moyennement ou pas. Une lecture plus détaillée du tableau montre que tous les médecins de notre échantillon ont un niveau d'étude supérieure. Ce qui, en fait, semble chose normale car l'exercice de la profession de médecin requiert au moins des études supérieures. Nous constatons, d'autre part, que la grande majorité des paramédicaux, c'est-à-dire 38 d'entre les 47 de notre échantillon, a un niveau d'étude secondaire. 9 seulement d'entre eux ont un niveau supérieur. La catégorie la moins scolarisée de notre échantillon est celle des techniciens de surface ; 4, sur les 7 qu'ils sont, ont un niveau d'étude primaire et les 3 autres n'ont aucun niveau.

Ce qui ressort comme analyse fondamentale de cette lecture du tableau est digne de remarque. En effet, il apparaît que les moins impliqués dans les activités de soins, c'est-à-dire les médecins, sont les plus instruits. A l'inverse, les premiers acteurs au devant de la scène socio-sanitaire⁹³ sont les moins instruits des professionnels de santé. Du coup, le milieu des professionnels de santé devient un environnement où les plus compétents ne sont pas concernés par les activités de soin. Nous dira-t-on que le niveau d'étude comme critère pour juger de la compétence des soignants peut être insignifiant et sans pertinence face à l'ancienneté qui offre plus d'expérience et donc, de compétence. De fait, dans cette perspective critique, bien qu'un soignant ait un niveau d'étude inférieur par rapport à un autre, il peut, de par l'expérience que lui confère son ancienneté, être plus compétent que lui. Ce point, pour pertinent qu'il semble, présente cependant une limite. En effet, il n'est pas vérifié qu'un niveau élevé d'ancienneté rime nécessairement avec compétence. D'ailleurs, même si ce rapport s'avère pertinent, il nous semble nécessaire de procéder à une vérification pour voir qui d'entre les plus concernés (paramédicaux) et les moins concernés (médecins) par les activités de soins a l'ancienneté la plus élevée. Pour ce faire, croisons à présent les catégories et l'ancienneté.

⁹³ Ce concept à deux dimensions montre d'abord que les paramédicaux sont au devant de la scène sociale avec, notamment, les rapports directs qu'ils entretiennent avec les soignés et leurs accompagnants ; mais également sanitaire puisque ce sont elles qui sont les premiers acteurs quant à la prise en charge médicale.

Tableau 15 : croisement entre ancienneté et catégories

		depuis quand travaillez vous dans l'hôpital							Total
		Moins de 1 an	1-3ans	3-6ans	6-9ans	9-12ans	12 et +	NRP	
Catégories	médecin	4	10	7	2	1	2		26
	IDE	4		2	2	1	2	1	12
	sage femme					3			3
	aide inf.	9	8	2				1	20
	Inf. breveté	1	3	5	2		1		12
	tech. de surface	7							7
	Total	25	21	16	6	5	5	2	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Ce tableau montre que parmi les 25 soignants qui ont l'ancienneté la moins élevée, 4 seulement sont des médecins. Parallèlement, dans la catégorie suivante, c'est-à-dire pour ceux qui ont une ancienneté de 1 à 3 ans, il y a 10 médecins contre 8 aides infirmières et 3 infirmiers brevetés. En résumé, dans cette catégorie des soignants les moins anciens de notre échantillon, les médecins ne représentent que 30,43% tandis que les paramédicaux sont de 69,57%. A l'inverse, parmi les 47 paramédicaux de n⁹⁴, 20 seulement affirment avoir une ancienneté d'au moins 3 ans.

Voici alors qu'en plus d'être les moins instruits du groupe des soignants, les paramédicaux sont également la catégorie la moins ancienne. C'est dire que les premiers acteurs devant la scène socio-sanitaire ne bénéficient ni d'une très bonne scolarisation ni non plus d'une très longue expérience de travail.

La question qui semble important à soulever ici est celle du rapport entre l'ancienneté et le statut. Qui, d'entre les plus et les moins anciens, a quel type de statut dans les services enquêtés ? Pour répondre à cette question, croisons la variable catégorie à celle du statut.

⁹⁴ n désigne l'échantillon de notre étude.

Tableau 16 : croisement entre catégories et statut

		Statut					Total
		étatique	contractuel	Stagiaire	C.E.S	interne	
Catégories	Médecin	9			11	6	26
	infirmier d'état	5	3	4			12
	sage femme	1	2				3
	aide infirmier	3	1	16			20
	Infirmier breveté		7	5			12
	tech. de surface		7				7
Total		18	20	25	11	6	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Le tableau laisse apparaître une sorte de distribution, assez également répartie, des statuts entre les différentes catégories de soignants. Ainsi, parmi les 26 médecins de n, 9 sont des étatiques, 11 sont des C.E.S et 6 sont des internes. Parallèlement, dans l'échantillon des paramédicaux, il y a 9 étatiques, 20 contractuels et 25 stagiaires. En un mot, les deux groupes de soignants sont d'abord équitablement représentés dans la catégorie des personnels étatiques, et ensuite, les 4 autres statuts sont aussi équitablement répartis entre les deux groupes (contractuel et stagiaire pour les autres paramédicaux et interne et CES pour les autres médecins). Cependant, cette analyse tendant à une distribution égalitaire des statuts entre les différentes catégories de soignants, cache un fait digne de remarque. En effet, la catégorie des stagiaires est celle qui est la plus élevée dans notre échantillon. Nous voyons par ailleurs que tous ces stagiaires sont des paramédicaux ; il s'agit de 4 infirmiers d'Etat, 16 aides infirmières et 5 infirmiers brevetés. Ensuite, c'est la catégorie des contractuels de l'hôpital qui suit avec 20 soignants. Ces derniers sont également tous des paramédicaux.

Ce qui ressort de cette lecture, c'est que les premiers acteurs au devant de la scène socio-sanitaire que sont les paramédicaux, en plus de leur faible niveau d'ancienneté sont en majorité des stagiaires. De fait, en plus de leur manque d'expérience lié à leur état novice, leurs statuts dans l'hôpital n'en demeure pas plus réconfortant.

Quand est-il du sexe des soignants ? Quel sexe est plus représenté et dans quelle catégorie ? Pour apporter des éléments de réponse à ce questionnement, croisons les variables sexe et catégorie.

Tableau 17 : croisement entre catégories et sexe

Sexe Catégorie	Féminin	Masculin	Total
médecin	4	22	26
infirmier d'état	8	4	12
sage femme	3		3
aide infirmier	16	4	20
Infirmier breveté	12		12
tech. de surface	7		7
total	50	30	80

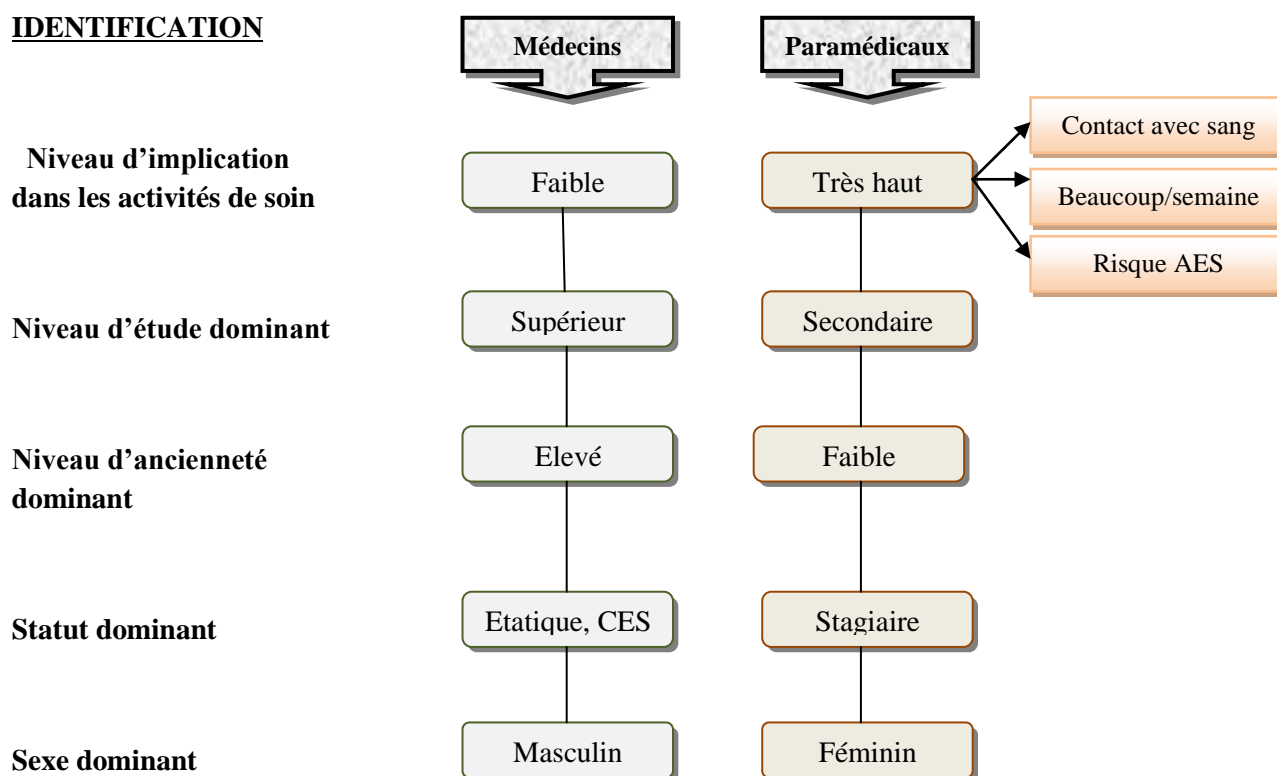
Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

A la lecture de ce tableau, nous voyons d'emblée que le sexe féminin est le plus représenté dans notre échantillon. Dans cette catégorie, les aides infirmiers sont les plus nombreux, suivis des infirmiers brevetés et viennent enfin les infirmiers d'Etat. Il semble également important de souligner que les médecins sont faiblement représentés dans cette catégorie. En effet, ils représentent seulement 8% de ce groupe. A l'inverse, dans la catégorie des soignants à sexe masculin, la catégorie des médecins est la plus représentée. Parallèlement, les paramédicaux sont les moins nombreux dans ce groupe des soignants à sexe masculin avec 26% de n. En résumé, les médecins sont en majorité des hommes et les paramédicaux, en majorité, des femmes. De fait, si nous nous permettons de faire un feed back sur les catégories de soignants les plus impliqués dans les activités de soin, il ressort de cette présente analyse liée au sexe que ce sont les femmes qui sont les plus concernées par les soins que les hommes. Ainsi, quand on parle de victimisation des paramédicaux, il s'agit ici, d'une victimisation des femmes dans les services visités. Cependant, la question qui reste posée est celle de savoir si elles subissent le processus de victimisation parce qu'elles sont des femmes ou parce qu'elles sont des paramédicaux ?

Le schéma qui suit donne un aperçu synthétisé de l'identification des soignants.

Schéma 3 : récapitulation de l'identification des enquêtés

IDENTIFICATION



Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

En conclusion, nous pouvons dire qu'il y a une répartition inégale entre les différentes catégories de soignants établies quant à leurs niveaux d'exposition aux risques. Ce schéma récapitulatif nous montre que les paramédicaux sont les plus exposés contrairement aux médecins. C'est d'ailleurs dans cette catégorie des soignants les plus exposés qu'on a enregistré le plus grand nombre de contact avec le sang. Ils sont ainsi décrits comme le groupe le plus exposé aux AES.

Cette différence du niveau d'exposition entre les paramédicaux et les médecins trouve ainsi son explication dans les différences de pratiques liées à chaque catégorie. En effet, les paramédicaux ont été décrits comme étant plus concernés par les activités de soins que les médecins. Ils sont les premiers acteurs au devant de la scène socio-sanitaire. De fait, il devient aisé de comprendre le rapport établi entre les pratiques et les niveaux d'exposition des soignants. Enfin, il semble important de décrire les pratiques professionnelles des soignants et de voir leurs variations selon les catégories. C'est, en d'autres termes poser la question à savoir quel est le type de comportement des acteurs les plus exposés et celui des acteurs les moins exposés ?

CHAPITRE 3 : LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Les comportements ici décrits des professionnels de santé sont ceux issus, en grande partie de notre guide d'observation. Ils sont ainsi en rapport direct avec nos préoccupations de départ. De fait, toutes les attitudes professionnelles, quelles qu'elles soient, n'ayant aucun rapport avec notre objet sont laissées en rade.

3.1. LE PORT DES GANTS

Tout d'abord, pour ce qui est du port des gants, il ressort de nos observations que le non usage des gants reste, dans les deux services, une attitude bien partagée chez les paramédicaux et chez les médecins. Parfois, c'est un seul gant, au lieu d'une paire, que certains mettent. Il a souvent été observé que des gants déjà utilisés pour une activité de prise en charge soient désinfectés au lavabo puis recyclés par les paramédicaux. Lors d'une discussion informelle à laquelle nous avons assisté, F.F, aide infirmière au niveau du service des maladies infectieuses disait à sa collègue I.O, infirmière brevetée que :

Moi parfois je vais chez les médecins...après le passage dans les salles...à mon retour je les lave, je mets de l'eau de javel soigneusement, le lendemain quand je viens je les remets »

Il ressort de ces propos que le recyclage des gants est une pratique effective dans l'univers des soignants. C'est une pratique cependant spécifique aux paramédicaux puisque nous n'avons jamais observé un médecin faire de tels actes. Ces comportements professionnels interviennent souvent sous le regard passif des majors de division. En effet, l'absence de port des gants reste surtout un comportement très partagé aussi bien par les médecins, les paramédicaux que par les superviseurs ou majors des divisions. Ceci laisse alors penser que le non usage des gants reste une entité suivant des logiques qui lui sont spécifiques. C'est ce que par ailleurs Jean Pierre Olivier DE SARDAN⁹⁵ a nommé, en les décrivant, les normes pratiques. De fait, dans un contexte où le port des gants reste une norme officielle dans les services enquêtés, ce qui sous-tend ces rationalités quant au non usage des gants doit nécessairement être documenté.

3.2. LE LAVAGE DES MAINS

En ce qui concerne le lavage des mains, les observations faites au niveau des deux services sont révélatrices de pratiques contradictoires. En fait, le lavage chirurgical des mains, comme l'impose les services à travers les nombreuses affichages devant les lavabos,

⁹⁵ DE SARDAN J.-P. O., « Pourquoi le malade anonyme est-il si "maltraité" ? », op. cit., p.269.

doit se faire d'une manière particulière requérant une méthode bien élucidée. Il s'agit donc, en plus de cette méthode spécifique, d'une durée adéquate pour le bon lavage des mains. Cependant, bien que le lavage des mains reste la pratique la mieux partagée chez les pourvoyeurs de soins, les procédés les sous tendant ne respectent aucune norme et ceci en dépit des illustrations sous forme de dessins, qui accompagnent ces affiches. Non seulement la méthode de lavage des mains n'est pas le reflet de celui adéquat, mais aussi, la durée accordée à ce geste reste de loin différente de celle officiellement établie. Nous avons pu constater, le plus souvent chez les paramédicaux, que des rinçages de mains se font parfois sans détergent mais à l'eau seulement alors que du savon, de l'eau savonneuse ou de l'eau de javel était disponible. Le paradoxe constaté entre ce que dictent les affiches et les pratiques professionnelles suscite avec intérêt la question de la lecture des contenus des affichages. La question est d'autant plus importante qu'en questionnant le niveau d'étude des soignants de notre échantillon, on s'aperçoit qu'ils ont une moyenne de niveau secondaire⁹⁶. Donc la problématique de l'analphabétisme ne se pose pas dans ce présent cas. Les affichages ressemblent plutôt à des décorations que l'on prend la peine de regarder mais jamais de lire et de s'approprier le message qu'ils contiennent. Le tableau suivant est révélateur à cet effet.

Tableau 18 : croisement entre les moments de partage de l'information et les modes de partage

		modes de partage de l'information					Total
		affichage	ateliers	discussions	NSP	Sans rép.	
moments de partage de l'info	oui	37	19	3		4	63
	non				3	10	13
	NSP				3		3
	Sans rép.					1	1
Total		37	19	3	6	15	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Ce tableau croisé montre que, sur un échantillon de 80 soignants enquêtés, 37 seulement de ceux qui affirment qu'il y a des moments de partage des informations évoquent les affichages comme mode de partage principal. Ainsi, bien que les affiches soient présentes dans les services enquêtés pour véhiculer des messages de protection, 43 sur 80 des enquêtés ne les ont nullement évoquées comme mode de partage de l'information. Pour ces derniers, les seuls moments de partage des informations restent les ateliers (19 soignants), les discussions (3 soignants). Le fait que les affiches ne soient pas beaucoup citées trouve son

⁹⁶ Voir page 68.

explication sur ce que nous expliquerons, dans les pages qui suivent, sous la dénomination du suraffichage tel qu'observé dans les services.

3.3. L'USAGE DES CONTENEURS A AIGUILLE

L'autre fait qui est apparu lors de nos observations est cette fois-ci en rapport direct avec les conteneurs à aiguilles. L'usage des conteneurs, dans les deux services enquêtés est effectif. En fait, les aiguilles sont toujours isolées dans des conteneurs. Cependant, il arrive parfois que les conteneurs soient pleins et que les aiguilles déjà utilisées soient jetées dans des bouteilles d'eau vides ou tout simplement dans les poubelles installées dans chaque division. C'est d'ailleurs dans ces poubelles que l'on jette les gants déjà utilisés, des bouteilles d'eau de javel vides, des compresses déjà utilisés, etc. La vidange de ces conteneurs et des poubelles est par ailleurs laissée aux techniciens de surface. C'est ainsi que ces derniers, en plus de leurs fonctions de nettoyage, de balayage lesquelles, déjà les exposent aux risques, voient s'ajouter à leur complexe d'exposition, la tâche de vidange des conteneurs à aiguille. Ces techniciens de surface baignent ainsi dans un univers où le risque s'est complexifié et se fait de plus en plus menaçant de par sa présence généralisée.

Tableau 19 : croisement entre catégories de soignants et accident.

		accident au cours des 2 dernières semaines		Total
		oui	non	
Catégories	médecin		26	26
	infirmier d'état	1	11	12
	sage femme		3	3
	aide infirmier	1	19	20
	Infirmier breveté		12	12
	tech. de surface	2	5	7
Total		4	76	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

A la lecture de ce tableau, nous apercevons que la moitié des enquêtés ayant un contact accidentel avec le sang au cours des deux dernières semaines avant notre enquête de terrain sont des techniciens de surface. Ce fait, nous dira-t-on, n'est pas directement associé au fait que les techniciens de surface fassent les vidanges des conteneurs ; ce qui d'ailleurs nous semble logique. Mais, si cette catégorie reste la plus menacée, il convient d'accepter avec nous, que cet excédent de tâche ne fait que renforcer leur niveau d'exposition lequel est le plus élevé.

3.4. STRATÉGIES DES SOIGNANTS FACE AUX RUPTURES

Par ailleurs, face à l'indisponibilité technique déjà évoquée, certains soignants font recours à des stratégies qu'ils jugent plus efficaces. A.N, infirmière d'Etat au service de neurologie disait, face à l'indisponibilité des désinfectants, que :

« Parfois, quand il n'y a pas d'eau savonneuse ici, c'est l'eau de javel des malades que l'on prend... »

Ces propos laissent entendre que les malades aident parfois à palier l'indisponibilité technique. D'autre part, selon la major M.A. du même service :

« en cas de rupture, moi, je prescris des gants sur les ordonnances des patients car ici, c'est dangereux de travailler sans gants. On demande aux malades d'en acheter ».

Nous pouvons lire à travers ces propos de M.A une certaine implication des patients dans la fourniture du service en moyens de protection. Ce n'est plus seulement le service qui, avec ses propres moyens, assure la dotation en moyens de protections pour ses agents. Les patients viennent participer à ces frais médicaux qui devaient seulement être assurés par l'hôpital. Or, ces mêmes patients, au-delà de ces frais pour le fonctionnement de l'hôpital, ont la charge d'assurer leurs propres frais médicaux. En plus du ticket de consultation, des frais d'hospitalisation, de suivi externe ou d'ordonnance, voici qu'une tâche de participation à l'approvisionnement de l'hôpital vient s'agripper au complexe de dépense des malades. De fait, ce n'est pas seulement vers un désengagement de l'hôpital de ses fonctions au détriment des malades que mènent ces pratiques, mais plutôt et surtout à une implication outrancière des patients dans les devoirs qui sont propres à l'hôpital. Ce dernier point, pour autant qu'il semble éloigné de notre objet est plutôt très connexe puisqu'étant en rapport direct avec l'usage des gants et des désinfectants.

Nos observations nous ont montrées, comme nous venons de les décrire, qu'il y a, chez les soignants des pratiques à risque. Cependant, ces pratiques sont inégalement réparties entre les catégories de soignants. Si nous nous permettons un rappel sur l'identification des soignants, nous voyons que les paramédicaux ont été décrits comme les premiers acteurs devant les malades quant à la prise en charge. Sur le terrain également, ils sont la catégorie la plus souvent observée dans les salles de soins. Par ailleurs, dans les divisions des soins intensifs également, ils sont les premiers acteurs en contact avec les malades bien que

supervisé par un major. Les médecins ont également été dans les salles de soin mais, ils interviennent rarement dans les activités de soins que font les paramédicaux. C'est, pour ainsi dire, chez ces derniers que nous avons le plus observé les pratiques à risque. D'ailleurs, les médecins qui viennent souvent dans ces salles de soins intensifs donnent parfois des conseils en termes de protection à ces paramédicaux chez qui ils observent des comportements à risque. C'est dire qu'il y a, parmi les soignants, des catégories qui ont plus de comportements à risque. Il s'agit des paramédicaux. Ensuite, il y a les techniciennes de surface qui également ont été observées comme développant des pratiques à risque. Les observations ont souvent montré qu'ils nettoient les salles des soins et vident les conteneurs à aiguilles sans parfois porter de gants. Par ailleurs, ils se lavent très rarement les mains dans les salles où ils mènent leurs activités (dans les salles de soin), bien que les lavabos soient disponibles. En résumé, nous pouvons établir trois catégories de professionnels quant aux pratiques à risque ; il y a d'abord les paramédicaux qui développent le plus de pratiques à risque, suivi des techniciens de surface et enfin des médecins.

La description de ces pratiques professionnelles laisse cependant non réglée la question de leurs facteurs explicatifs. Pourquoi, en fait, les soignants ont de tels comportements qui sont le plus souvent contraire aux normes officiellement établies ? Telle est l'interrogation à laquelle nous tentons d'apporter des éléments de réponse.

CHAPITRE 4 : LES FACTEURS EXPLICATIFS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Ce travail consiste à voir quel est, d'entre les facteurs que nous avons évoqués dans la partie théorique de ce travail, celui qui est le plus déterminant dans l'explication du comportement observé des soignants. Il est, en d'autres termes, un moyen de vérification de nos hypothèses de recherche. Le comportement des soignants, rappelons-le, a déjà été décrit dans la partie qui précède. Cette description a été plus qualitative que quantitative. Ici également, et nous tenons à le souligner, les facteurs explicatifs seront beaucoup plus analysés de manière qualitative que quantitative. Car, en effet, nos observations et surtout nos entretiens ont été beaucoup plus décisifs en termes de collecte de données relatives aux facteurs explicatifs du comportement des soignants que le questionnaire. Ce dernier, en fait, a eu à créer, de la part des soignants, un discours normatif sur leurs comportements. Ceci n'était pas sans répercussion aucune sur les facteurs qui expliquaient de tels comportements. Cela ne veut néanmoins pas dire que les données quantitatives ne seront guère utilisées à ce niveau de notre travail. Elles seront plutôt convoquées, à chaque fois que le besoin se fera sentir, pour des triangulations d'information ou pour des analyses quantitatives.

4.1. LES CONNAISSANCES DE L'HÉPATITE B

4.1.1. Description et analyse des connaissances de l'hépatite B

S'il y a une chose, en termes de connaissance de la maladie qui est bien partagée, c'est que l'hépatite B est une maladie jugée grave. Cette vision est aussi bien partagée dans le groupe des médecins, que celui des paramédicaux. Cette gravité imputée au VHB se mesure, dans le monde des professionnels, par les complications que peuvent générer cette maladie et notamment par le cancer du foie. Selon NPT, infirmier d'Etat :

« Hépatite B...c'est une maladie....qui est, je veux dire grave. Pourquoi ?.....car si c'est compliqué, s'il y a complication.....parce que ça peut euh..., ça peut tuer. »

Il ressort de ces propos que le danger, ici assimilé à la mort, est la conséquence des complications que peut générer l'hépatite B. La logique ici suivie est simple. En fait, à en croire NPT, la maladie reste grave puisque pouvant générer des complications qui, en dernier itinéraire, conduisent à la mort de la personne qui en est affectée. Selon le docteur L. F. D du service des M.I :

« Heu...pour moi l'hépatite b est une affection que je dirai qui est relativement grave vue que (...) l'évolution peut se faire vers un cancer du foi. Donc la première étiologie des cancers du foie dans nos régions donc c'est l'hépatite B donc qui va évoluer vers l'hépatite chronique, la cirrhose et pour aller finalement vers le cancer du foie »

Nous constatons ici que le discours sur la maladie est plus fourni chez les médecins. Il apparaît, selon ces propos, que la gravité de cette maladie découle directement de ses complications. Ces dernières suivent, à en croire L.F.D., une dynamique évolutive qui va de la chronicité au cancer du foie en passant par la cirrhose. Nous voyons ainsi, qu'une corrélation est ainsi établie entre gravité et complication. Croisons alors ces deux variables du questionnaire pour voir ce qu'il en est des données quantitatives.

Tableau 20 : croisement entre complications et catégories de maladie.

		Catégories de maladie				Total
		maladie très grave	maladie grave	maladie pas du tout grave	NSP	
Complications	chronicité		3			3
	autre	2		2		4
	cirrhose	1	2			3
	cancer du foie	8	4			12
	chronicité-cirrhose	1	1			2
	chronicité-cancer du foie	1	2			3
	cirrhose-cancer du foie	11	13			24
	chronicité-cirrhose-cancer du foie	2	6			8
	NSP	1	12		2	15
NRP			6			6
Total		27	49	2	2	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Il apparaît, à la lecture de ce tableau, que 11 et 13 des soignants citant la cirrhose et le cancer du foie comme principales complications de la maladie, jugent le VHB comme étant, respectivement, une maladie très grave et grave. Cette catégorie est d'ailleurs celle qui est la mieux représentée dans notre échantillon des complications citées. En fait, ces deux entités sont conçues comme étant les principales complications de l'hépatite B. La chronicité, comme première complication, est tout simplement conçue comme caractéristique de la maladie. La distinction n'est pas toujours établie entre l'hépatite B et l'hépatite B chronique. De fait, c'est la cirrhose et le cancer du foie qui sont conçus comme principales complications. C'est ainsi que le cancer du foie vient en deuxième position sur la liste des complications du VHB

évoquées par les soignants. Une autre vision plus critique nous aurait tout simplement suggérée de questionner, selon les catégories, quelle est celle qui évoque tel ou tel autre type de complication ; chose qui, par ailleurs nous semble important pour voir comment est ce que la connaissance des complications varient selon les catégories des soignants interrogés.

Tableau 21 : croisement entre les complications de la maladie et les catégories

		Catégories de soignant					Total	
		médecin	IDE	Sage Femme	Aide infirmier	infirmier breveté		Tech.de surface
Complications	chronicité		1			2		3
	Cirrhose		1		2			3
	cancer du foie	1	1	1	6	3		12
	chronicité-cirrhose		1			1		2
	chronicité-cancer du foie	3						3
	cirrhose-cancer du foie	16	5	2		1		24
	chronicité-cirrhose- cancer du foie	6	2					8
	NSP		1		4	3	7	15
	NRP				5	1		6
	Autre				3	1		4
Total	26	12	3	20	12	7	80	

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Ce qui ressort de ce croisement entre les complications de la maladie et les catégories des soignants, c'est qu'il y a une variabilité des différentes complications connues selon les groupes de soignants. Chez les médecins par exemple, 16 et 6 d'entre eux citent respectivement la cirrhose et le cancer du foie puis la chronicité, la cirrhose et le cancer du foie comme complication de la maladie. Par ailleurs, parmi ceux qui citent toutes les complications possibles de la maladie (chronicité, cirrhose et cancer du foie) et qui sont au nombre de 8, les 6 sont des médecins et les 2 autres sont des infirmiers d'Etat. En d'autres termes, c'est la catégorie des médecins qui a les meilleures connaissances en termes de complications de la maladie. A l'inverse, la population des techniciens de surface est la catégorie qui ignore les complications de l'hépatite B. Ensuite, viennent les aides infirmières et les infirmiers brevetés. En effet, parmi ces catégories, la majorité ne connaît qu'une seule complication de l'hépatite B ; il s'agit, pour toutes ces deux catégories, du cancer du foie. C'est ainsi que, comme nous le soutenions ci-dessus, le cancer du foie reste, parmi les complications de l'hépatite B, celle qui est la plus connue car, même dans la population des soignants qui connaissent moins bien la maladie (aides infirmiers et infirmiers brevetés), le

cancer du foie est cité au moins trois fois. Ce type de complication est par ailleurs cité au moins une fois chez toutes les catégories sauf chez les techniciens de surface qui sont les extrêmes ignorants des complications.

Il ressort de cette lecture croisée du tableau, qu'il y a trois catégories qui, d'emblée apparaissent en termes de connaissance de la maladie. Il s'agit du groupe des médecins qui ont les meilleures connaissances de ce premier indicateur que constituent les complications. Viennent ensuite les paramédicaux qui ont des connaissances réduites des complications par rapport aux médecins. En dernière position de ce classement relatif à la connaissance des complications de la maladie, viennent les techniciens de surface. La perspective ici ouverte est celle de la recherche de la variabilité des indicateurs de la connaissance de la maladie selon les catégories de soignants. Ces indicateurs, entre autres, sont : la connaissance du virus responsable de l'hépatite B, de ses modes de transmission, de ses symptômes et des moyens de protection. Qu'en est-il d'abord de la connaissance du virus responsable ?

Tableau 22 : croisement entre les catégories et la connaissance du virus responsable de l'hépatite B.

	Virus responsable				
	VHB	NSP	NRP	autre	Total
médecin	22		1	3	26
infirmier d'état	7	2	2	1	12
sage femme	1	2			3
aide infirmier	4	14	1	1	20
Infirmier breveté	1	6	5		12
tech. de surface		6	1		7
Total	35	30	10	5	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Ce tableau laisse apparaître une répartition assez inégalitaire des connaissances du virus responsable entre les différentes catégories préconstituées. Parmi le groupe des soignants connaissant bien le virus de l'hépatite B qui est le VHB, la majorité, c'est-à-dire, 62,85% sont des médecins. Ces derniers, par ailleurs, représentent 84,61% de l'échantillon des médecins de n. Ceci laisse entendre que la catégorie des médecins reste celle qui a la meilleure connaissance en ce qui concerne le virus responsable de l'hépatite B. Elle est suivie par celle des infirmiers d'Etat. En fait, dans ce groupe, plus de la moitié connaissent le VHB comme virus de l'hépatite B, avec cependant quelques uns qui ne connaissent pas ou ne répondent pas à cette question. Viennent ensuite les sages femmes, les aides infirmiers et les

infirmiers brevetés qui, dans leur majorité, affirment ne pas connaître le virus responsable de l'hépatite B, bien que quelques uns parmi eux le connaissent. Cette absence de connaissance du virus est apparue lors des entretiens avec ces dernières catégories qui parfois affirmaient, de manière limpide, qu'ils ne connaissent pas le virus responsable. Nous avons à cet effet l'affirmation de K.S, aide infirmier, du service des M.I qui disait :

« Ah, ça je ne sais pas, le virus de l'hépatite B..., ça je ne sais pas. »

La précision de ces propos ne laisse aucun doute par rapport à l'ignorance du virus. Par ailleurs, bien que le temps de réflexion, ici représenté par les points de suspension, soit réel, elle ne donne cependant aucun résultat sinon, la méconnaissance du virus. Cette méconnaissance est parfois doublée de certaines perceptions confuses sur la maladie et plus particulièrement sur le virus. Selon L.B aide infirmier au service de Neurologie :

« Le virus se trouve dans le cotylédon de l'arachide, (...) parce que j'ai été à Bamba Thialène, là-bas il y a beaucoup de cas...là-bas c'est un village où il y a beaucoup d'arachide »

Nous pouvons lire, à travers ces propos de L.B, qu'il y a, dans le monde professionnel des schèmes de pensée qui ont pris leur source hors du cadre professionnel. Des croyances émanant des dires populaires sur l'hépatite B sont ainsi conduites jusqu'au milieu des soignants. Par ailleurs, cette absence de connaissance est encore plus pointue chez les techniciens de surface. En effet, parmi ce groupe, une personne seulement ne répond pas à cette question, sinon, tous les autres affirment ne pas connaître le virus.

Par ailleurs, la question de la variabilité des connaissances sur le virus responsable se pose également au niveau des services enquêtés. En d'autres termes, la question qui reste posée est celle de savoir quelles sont les variations en termes de connaissance entre les services enquêtés ? Le tableau ci-après reprend la connaissance du virus comme indicateur de la connaissance de la maladie que nous croisons avec les services enquêtés.

Tableau 23 : croisement entre les services, les catégories de soignants et la connaissance du virus responsable

				Virus responsable				
				le VHB	NSP	NRP	autre	Total
Services	Maladies Infectieuses	Catégories	médecin	14			2	16
			infirmier d'état	5	2	1	1	9
			sage femme	1				1
			aide infirmier	3	7		1	11
			Infirmier breveté	1	3	3		7
			tech. de surface		4	1		5
		Total		24	16	5	4	49
	Neurologie	Catégories	médecin	8		1	1	10
			infirmier d'état	2		1		3
			sage femme		2			2
			aide infirmier	1	7	1		9
			Infirmier breveté		3	2		5
			Tech. de surface		2			2
		Total		11	14	5	1	31

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Ce qui apparaît à la lecture de ce tableau, c'est que les analyses générales précédemment faites sur les catégories se reproduisent à l'identique au niveau de chaque service. Cela laisse entendre que c'est la variabilité selon les catégories qui est plus significative que la variabilité selon les services. En d'autres termes les indicateurs de la connaissance de l'hépatite B varient beaucoup plus selon les catégories de soignants que selon les services enquêtés. C'est d'ailleurs cette variabilité selon les catégories que nous interrogerons par rapport aux autres indicateurs de la connaissance de l'hépatite B.

Tableau 24 : croisement entre la connaissance des modes de transmission et les catégories

		Catégories de soignant						Total
		médecin	infirmier d'état	Sage femme	Aide infirmier	Infirmier breveté	Tech. de surface	
Modes de transmission	Sang		1	1	6	5		13
	Sexe				1	2		3
	Salive				4	2		6
	sang-sexe	2	2	1	5			10
	sang-salive	1			3	3		7
	sang-mère/enfant		1					1
	sexe-salive	1			1			2
	sang-sexe-salive	2	1	1				4
	sang-sexe-mère/enfant	11	5					16
	sang-salive-mère/enfant	2						2
	sexe-salive-mère/enfant	1						1
	sang-sexe-salive-mère/enfant	6	1					7
	NSP						7	7
	NRP		1					1
Total		26	12	3	20	12	7	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Ce qui apparaît à la lecture de ce tableau, c'est que les médecins sont, une fois de plus la catégorie de soignants qui a les meilleures connaissances sur l'hépatite B. Ici, 6 médecins nous citent tous les modes de transmission possibles et 11 nous citent les trois modes principaux de transmission de la maladie. Nous disons bien trois modes principaux puisque, comme le souligne Aïssata Sall DIALLO⁹⁷ :

« S'il y a des milliers de virus de l'hépatite B dans le sang et dans le sperme, il y a seulement que quelques centaines de virus dans la salive. »

Ainsi, si nous retenons le fait que la transmission mère enfant survient lors de l'accouchement notamment par le contact avec le sang, nous parvenons à comprendre la logique dans laquelle s'inscrivent les médecins en ne citant que ces trois modes de transmission. Nous avons ensuite, comme deuxième groupe, les infirmiers d'Etat qui ont des connaissances moyennes sur les modes de transmission de l'hépatite B, En effet, hormis la catégorie de médecins, ils sont les seuls autres soignants à avoir évoqué les quatre modes possibles ainsi que les trois principaux modes de transmission du VHB. Ces derniers représentent d'ailleurs la moitié de l'échantillon des infirmiers d'Etat. Viennent enfin les aides

⁹⁷ Pr Aïssata Sall DIALLO, op. cit.

infirmiers et les infirmiers brevetés qui, dans leur majorité, ne connaissent qu'un seul mode de transmission de l'hépatite B. Ils sont 11 sur 20 pour les aides infirmiers et 9 sur 12 pour les infirmiers brevetés. Aucun d'entre eux n'a cité ni tous les modes de transmissions possibles ni les modes principaux. C'est ainsi que la catégorie des sages femmes peut également être classée dans ce lot. Enfin, au plus bas de l'échelle viennent les techniciens de surface qui n'ont aucune connaissance en termes de mode de transmission de l'hépatite B.

Tableau 25 : croisement entre les signes de la maladie et les catégories de soignant

		Catégories de soignant						Total
		médecin	Infirmier d'état	sage femme	Aide Infirmier	Infirmier breveté	Tech. de surface	
Symptômes de la maladie	Ictère		4		9	7		20
	Arthralgie	1	1		1			3
	ictère-asthénie	2	2					4
	ictère-arthralgie	3	1	3		2		9
	ictère-troubles digestifs				2			2
	asthénie-arthralgie		1					1
	asthénie-troubles digestifs	1						1
	arthralgie-troubles digestifs				1			1
	ictère-asthénie-arthralgie	6						6
	arthralgie-troubles digestifs-ictère	2						2
	ictère-asthénie-arthralgie-troubles digestifs	8	2					10
	NSP		1		4	1	7	13
	NRP					1		1
	Autre	3			3	1		7
Total		26	12	3	20	12	7	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Le croisement ici établi entre la connaissance des symptômes de la maladie et les catégories de soignants laisse apparaître une continuité dans l'analyse précédemment faite sur la variabilité selon les catégories. Ici encore, nous voyons que c'est le groupe des médecins qui a les meilleures connaissances en termes de symptômes de la maladie. Parmi eux, 8 citent tous les signes possibles de la maladie et 8 autres citent simultanément trois signes. Ils constituent ainsi un ensemble de 16 médecins, soit 61,51% de cette catégorie de soignants. Ensuite, en deuxième position, nous avons les infirmiers d'Etat. Parmi ces derniers, 2 citent tous les signes possibles et 4 autres citent deux symptômes simultanément. Ils représentent

50% dans cette catégorie des infirmiers d'Etat. Par ailleurs, le groupe des infirmiers brevetés et des aides infirmiers reste celui qui a le moins de connaissance en ce qui concerne les symptômes de la maladie. La majorité d'entre eux cite un seul symptôme de la maladie. Il apparaît en outre que l'ictère, comme signe de l'hépatite B, est le plus évoqué dans le discours des soignants. Selon N.P.T, infirmière d'Etat au service de Neurologie :

« l'ictère est le signe le plus apparent..., c'est quand les yeux..., les yeux jaunes »

Il ressort de ces propos de cette infirmière d'Etat que le symptôme le mieux connu de l'hépatite B est l'ictère. Ceci est d'autant plus pertinent quand on voit que partout où l'ictère est cité, même s'il est cité avec d'autres signes, son effectif est le plus élevé. A l'inverse, les effectifs sont faibles dans les combinaisons où il n'est pas cité (asthénie-arthralgie ; asthénie-troubles digestifs ; arthralgies-troubles digestifs qui ont tous un effectif de 1).

S'il y a des connaissances réelles des symptômes de l'hépatite B, il n'en demeure pas moins des perceptions. En d'autres termes, le milieu professionnel est un monde où on découvre également des savoirs subjectifs sur la maladie. Selon MLN, infirmière breveté au service des M.I :

« Hépatite ? ah cliniquement, on dit que 80% des sénégalais ont l'hépatite. Mais tu marches avec, ça veut dire qu'il n'y a pas les signes, mais c'est au cours des bilans, quand on le fait et qu'on voit l'antigène Hbs qui est positif, maintenant à partir de là, tant que le foie est normal on ne fait qu'un suivi biologique »

Ce que laisse d'emblée entendre ces propos, c'est qu'il n'y a pas de signes pour l'hépatite B et c'est au cours des bilans qu'on le découvre et qu'on agit. Il est vrai que, l'hépatite B, dans 90% des cas, est asymptomatique, mais cela ne veut pas dire que c'est une maladie qui ne se manifeste pas par des signes extérieurs. Ces signes extérieurs semblent ignorés par la majeure partie des soignants. Un autre soignant, C.T, infirmier d'Etat au service des M.I, affirmait que :

« Des fois c'est, sur le côté du foie, quand tu touches tu vois que ça fait mal... et c'est souvent accompagné de fièvre aussi. »

Ici également, le point est principalement axé sur les signes palpables. Les signes extérieurs de l'hépatite B restent méconnus. Tantôt, c'est le bilan (comme l'évoquait MLN), tantôt c'est le toucher qui aide, pour l'identification de la maladie.

Tableau 26 : croisement entre la connaissance des moyens de protection et les catégories de soignant

	Catégories de soignants						Total
	médecin	IDE	Sage femme	Aide Infirmier	Infirmier breveté	Technicien De surface	
Moyens de protection	vaccination	21	7	2	9	8	47
	préservatif	1	2		1		4
	port des gants				2		2
	éviter contact avec le sang	2	1		4	2	9
	hygiène des mains			1			1
	stérilisation matériel		1				1
	prévention des AES	2				1	3
	NSP					7	7
	NRP		1		4	1	6
	Total	26	12	3	20	12	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Le tableau laisse apparaître un effectif très élevé des soignants qui citent la vaccination comme moyen de protection privilégié. Dans toutes les catégories de soignants, ceux qui évoquent la vaccination sont plus nombreux et font, le plus souvent, plus de la moitié de l'effectif total de leurs catégories. Cette question sur la vaccination est pour nous d'une importance capitale. En effet, lors de notre revue de littérature (avec la thèse d'AKHDAR⁹⁸ particulièrement) la question était posée sur l'effectivité de la vaccination dans le milieu des professionnels de santé. Son travail révélait qu'il y a, dans ce monde des professionnels soignants, un pourcentage élevé qui n'était pas vacciné. Dans notre présent travail, il ne s'est pas agi de vérifier ses résultats de recherche, chose qui par ailleurs ne nous est méthodologiquement pas possible, mais plutôt de voir si la vaccination est connue comme moyen de protection contre cette maladie.

Ce que, en tout état de cause, laisse apparaître ce tableau, c'est qu'il y a 41,25% de nos enquêtés qui ne connaissent pas la vaccination comme moyen de protection de la maladie. Nous dira-t-on qu'il s'agit ici d'une question à choix multiples et qu'il se peut que d'autres soignants aient cité la vaccination comme deuxième ou troisième ou même quatrième modalité. La remarque est pertinente, mais, à la lecture des trois autres tableaux correspondant

⁹⁸ AKHDAR A., *Enquête nationale sur la vaccination anti-hépatite B chez les professionnels de la santé au Sénégal*, op. cit.

aux trois autres modalités de choix possibles⁹⁹, on voit qu'il y a 3 autres soignants qui évoquent la vaccination. Ceci, bien qu'il réduise le pourcentage des soignants qui ne connaissent pas la vaccination comme moyen de protection, n'en demeure pas plus significatif. En effet, ce pourcentage de départ décale légèrement de 41,25 à 45%. En dehors de ce premier moyen de protection évoqué, l'évitement du contact avec le sang semble également être au cœur des moyens privilégiés. Cependant il s'agit beaucoup plus d'un comportement stratégique pouvant engendrer des comportements d'évitement des malades. En fait, si dans l'hôpital, qui est milieu de rapport intense avec le sang et donc avec les malades, les soignants créent des stratégies pour éviter le sang, cela pourrait engendrer un évitement des malades. Ceci, par ailleurs, est un écart possible entre normes professionnelles et comportements.

Enfin, les soignants ont également des perceptions sur le mode de traitement de l'hépatite B qu'il nous semble important de faire ressortir. CT, infirmier d'Etat au service des M.I, affirmait déjà que :

« des fois si ça te..., on te met sous régime alimentaire, parce que les médicaments ne sont pas très efficaces, on te met sous régime quoi et en plus tu fais attention à certains médicaments qui sont dangereux pour le foie, comme les paracétamol parce que ça fait travailler le foie.....parce que en ce moment le foie ne doit pas beaucoup fonctionner davantage puisqu'il est malade, est ce que vous voyez ? »

Ces propos de CT jugent d'emblée de l'inefficacité des médicaments pour guérir l'hépatite B. Ceci montre que les soignants n'ont pas beaucoup d'information en ce qui concerne l'hépatite B contrairement au VIH par exemple. En effet, comme le souligne KS, aide infirmière au service des MI :

« j'ai plus peur de l'hépatite B que du sida..., j'ai plus peur de l'hépatite B que du sida, parce que ça, ça ne dure pas, tu as ça...., si tu ne tiens pas, bon, dans quelques mois tu vas mourir, alors que pour le Sida tu vas durer ».

La comparaison ici faite entre le VIH et l'hépatite B est intéressante. Elle montre que si, pour une maladie particulière les soignants peuvent avoir de bonnes informations, il n'en demeure pas de même pour les autres maladies. Ici, le soignant semble avoir de bonnes informations sur le sida qui ne rime pas nécessairement avec la mort subite mais ignore qu'il

⁹⁹ Voir annexes 1.

y a un traitement efficace pour l'hépatite B aussi. Cette méconnaissance ne doit cependant pas être directement imputé, dans ce présent cas, au soignant car, comme l'exprime MLN :

« s'il n'y a pas de VIH, on vient et soigne directement, alors que le malade peut avoir l'hépatite,.... Ce qu'on a fait pour le sida si on l'avait fait pour l'hépatite..... N'empêche on le garde à l'esprit lors des prélèvements mais n'empêche avec les AES, l'hépatite peut venir à tout moment »

Ces propos laissent entendre qu'il y a des actions qui sont réalisées en termes de lutte contre le VIH en milieu professionnel. En effet, en l'absence du VIH, les soignants peuvent directement faire les soins. Chose qui, dans un contexte où le sida est présent, nécessite, bien que point évoqué, une posture particulière. De plus, les propos montrent qu'il y a des choses qui ont été faites pour le VIH et qui ne sont pas faites pour l'hépatite. C'est dire que, si le sida a des « parents forts » au sein du milieu professionnel, l'hépatite B est par contre une maladie à « parents pauvres ». La remarque est d'autant plus pertinente que sur le terrain, nous avons assisté à des ateliers (au service des maladies infectieuses) qui traitaient, dans la plupart du temps du sida. Chose qui, sur le terrain, n'a jamais été observée pour l'Hépatite B. De plus, des affiches ont été observées sur le sida (dans les deux services), alors qu'aucune communication de ce genre n'a été observée pour l'hépatite B. De fait, et les propos le montre bien, des actions doivent également être faites pour l'hépatite B est également une maladie professionnelle grave.

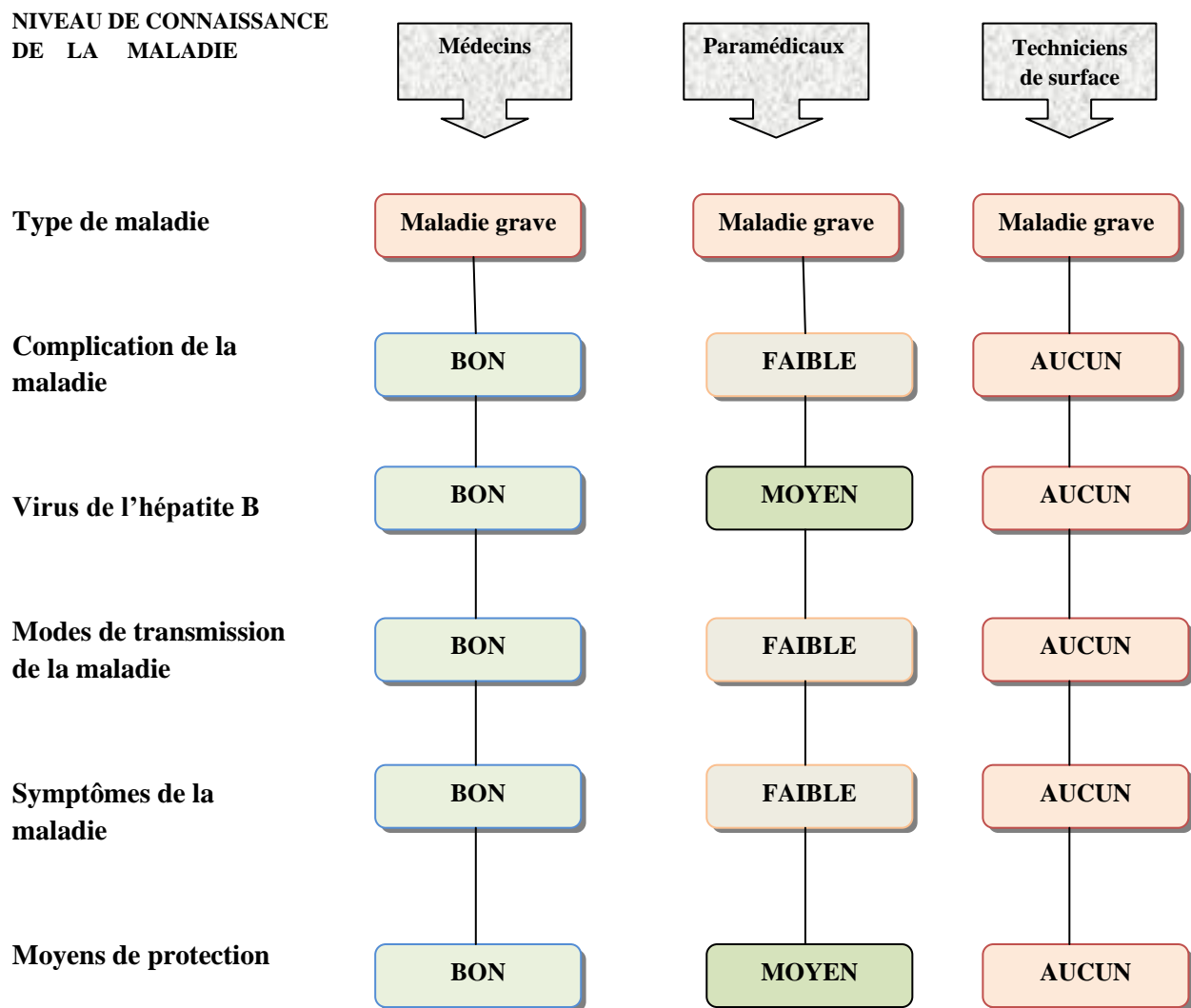
Une analyse approfondie des connaissances que les soignants ont de la maladie de l'hépatite B dévoile des aspects intéressants dans le monde professionnel. Nous avons eu à constater, par rapport à la connaissance, que les soignants ont en termes de la maladie, que des groupes ont été formés. Il s'agit en d'autres termes de catégories de soignants ayant soit un haut niveau de connaissance de la maladie, soit un faible niveau de connaissance que nous lisons à travers les indicateurs de la maladie que nous avons eu à questionner. Il s'agit pour rappel du virus de l'hépatite B, de ses modes de transmissions, de ses symptômes et des complications de la maladie. Il est ressorti des croisements établis entre ces indicateurs de la maladie et les catégories de soignants qu'il y a une répartition inégale des connaissances de la maladie selon les catégories interrogées. C'est ainsi que les médecins restent le groupe qui a les meilleures connaissances sur l'hépatite B, suivi du groupe des infirmiers d'Etat, puis des aides infirmiers et des infirmiers brevetés et enfin des techniciens de surface.

Si nous nous permettons un rappel sur l'esquisse d'identification que nous avons établie concernant les soignants, cette catégorisation, relative aux connaissances sur l'hépatite B, est révélatrice d'une logique intéressante. Elle montre en effet que les médecins, qui sont les moins impliqués dans les activités de prise en charge sont la catégorie de soignants qui a les meilleures connaissances en termes d'hépatite B. Ils connaissent mieux les modes de transmission par exemple et sont donc mieux avertis pour lutter, en se protégeant notamment, contre cette maladie professionnelle. Ils ont par ailleurs, par rapport aux paramédicaux¹⁰⁰, un meilleur statut vaccinal en termes d'hépatite B. En un mot, c'est la catégorie la moins concernée par les activités de soins, la plus avertie en termes de protection et la mieux protégée par rapport à cette maladie. A l'inverse, les paramédicaux sont la catégorie la plus concernée par les activités de soins dans les services où nous avons mené notre enquête. De plus ils sont la catégorie qui a, par rapport aux médecins, le moins de connaissance en termes d'hépatite B. Enfin, d'après les données d'AKHDAR, ils ont également un mauvais statut vaccinal.

Voici alors que le processus de victimisation des paramédicaux, déjà imputé au système, se voit intensifié, au niveau individuel, par les connaissances en termes d'hépatite B et par leur statut vaccinal. L'atmosphère dans laquelle baignent les paramédicaux est caractérisée par une exposition très élevée aux risques liés à l'hépatite B. Il convient donc de dire que, dans le monde des professionnels de santé tel qu'observé, le risque a pris son camp. En fait, il y a une inégalité de la répartition des menaces liées au risque hépatique. Le schéma suivant donne une récapitulation des principales connaissances que les soignants ont du VHB.

¹⁰⁰ Les données d'AKHDAR l'ont démontré.

Schéma 4 : récapitulation du niveau de connaissance de l'hépatite B chez les enquêtés



Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

En résumé, les paramédicaux et les techniciens de surface sont, par rapport aux médecins, les catégories qui ont le moins de connaissance sur l'hépatite B. Ce niveau de connaissance est très faible chez les techniciens de surface et faible chez les paramédicaux. C'est par ailleurs chez ces catégories que nous avons le plus observé des comportements non conformes aux normes professionnelles quant à l'usage des moyens de protection. C'est dire que les catégories ayant le moins de connaissances sur l'hépatite B développent le plus de comportement à risque. Il semble alors qu'un rapport existe entre ces deux entités, à savoir : le niveau de connaissance de l'hépatite B et les comportements à risque. Qu'en est-il réellement ? Pour nous en apercevoir, nous procédons à une connexion entre ces deux variables pour voir quel le type de rapport qui existe entre eux.

4.1.2. Le rapport entre les connaissances et les pratiques des soignants

Ce que nous avons pu constater sur le terrain, c'est que le niveau de connaissance de l'hépatite B, ne semble pas très influant sur le comportement des soignants. D'emblée, on a pu constater que les professionnels de santé interrogés prennent l'hépatite B comme une maladie pas très spécifique par rapport aux autres. Selon les propos de TM, infirmière breveté au service de Neurologie : « L'hépatite B c'est pas comme le sida,..., c'est seulement une maladie comme les autres seulement ».

Ces propos laissent apparaître que, dans l'univers des professionnels de santé, il n'y a qu'une seule maladie différente des autres. Il ne s'agit non pas de l'hépatite B mais plutôt du sida. Il y a ainsi dans l'univers des soignants une perception particulière accordée au sida ; laquelle perception lui accorde une place privilégiée, dans leur système de représentation. Par ailleurs, la conduite à tenir après un contact avec le sang apporte des éléments d'analyse par rapport à la nature du lien entre connaissances et pratiques.

Tableau 27 : croisement entre la conduite à tenir après contact avec le sang et les catégories de soignant

		à l'hôpital, après un contact avec le sang, que faites-vous?						
		rien	lave-les mains	Me désinfecte	voir méd. du travail	Mesures standards	NRP	Total
Catégories	médecin		17	4	1	1	3	26
	infirmier d'état		6	3		2	1	12
	sage femme		1	2				3
	aide infirmier		8	9	3			20
	Infirmier breveté		8	2	1		1	12
	tech. de surface	4			3			7
Total		4	40	20	4	3	5	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Ce tableau montre que la conduite à tenir après un contact avec le sang ne varie pas beaucoup selon les catégories. Si nous nous permettons un rappel sur les catégories qui ont plus de connaissances sur la maladie, nous apercevons que les médecins ont été décrits comme ayant plus de connaissance de la maladie que les paramédicaux. On voit donc que le niveau de connaissance de la maladie ne semble pas très influant sur les pratiques professionnelles. Par ailleurs l'usage des moyens de protection, tel que documenté à travers le questionnaire, semble apporter des éléments d'analyse quant au rapport entre connaissance de l'hépatite B et pratiques professionnelles.

Tableau 28 : croisement entre catégories et usage des moyens de protection

		Usage des moyens de protection			Total
		Oui	non	NRP	
catégorie	médecin	24	1	1	26
	infirmier d'état	12			12
	sage femme	3			3
	aide infirmier	19	1		20
	Infirmier breveté	11	1		12
	tech. de surface	7			7
Total		76	3	1	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Le constat qui apparaît, c'est qu'ici également, les comportements des professionnels quant à l'usage des moyens de protection ne varient pas beaucoup selon les catégories. Cela veut, par simple déduction, dire qu'ils ne varient pas beaucoup selon le niveau de connaissance de la maladie. Cette déduction s'explique par le fait qu'on a déjà établi le rapport catégories-niveau de connaissance de la maladie. Les médecins ayant le meilleur niveau de connaissance que les paramédicaux. C'est alors ce rapport, réinterprété en termes d'usage des moyens de protection, qui nous permet enfin, de dire qu'il y a peu de rapport entre le niveau de connaissance de l'hépatite B et les comportements vis-à-vis des moyens de protection. En posant par ailleurs la même question quant à l'usage des moyens de protection cette fois ci de manière inversée, on observe le même constat. C'est-à-dire, quand on pose, aux soignants, la question de savoir s'il arrive qu'ils travaillent sans moyens de protection, les données nous laissent dans la même perspective de départ ; c'est-à-dire, un faible niveau de rapport entre connaissances et pratiques.

Tableau 29 : croisement entre catégories et non usage technique

		arrive-t-il que vous travaillez sans moyen de protection?			Total
		OUI	NON	NRP	
Catégories	médecin	21	5		26
	infirmier d'état	11		1	12
	sage femme	2	1		3
	aide infirmier	18	2		20
	Infirmier breveté	12			12
	tech. de surface	1	6		7
Total		65	14	1	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

La structuration des réponses selon les catégories semble identique. Tantôt, les soignants affirment en masse qu'ils utilisent les moyens de protection dans l'exercice de leur profession, tantôt ils affirment également en masse travailler parfois sans moyen de protection. De fait, la variable connaissance ne semble expliquer ni l'un ni l'autre de ces attitudes normales ou déviantes du personnel sanitaire. D'autres facteurs, que nous analysons ci-dessous, semblent plus déterminants dans l'explication des pratiques des soignants.

4.2. LES NORMES PROFESSIONNELLES ET DISPOSITIFS ORGANISATIONNELS DES SERVICES

4.2.1. Le service des maladies infectieuses

Au niveau du service des maladies infectieuses, tout le dispositif organisationnel demeure relayé par des normes professionnelles qui en dictent les modalités d'usage. C'est dire en d'autres termes que pour chaque équipement disponible, des indications sont données quant à leur utilité et leur mode d'usage.

En ce qui concerne les gants, la dotation est mensuelle. Chaque division reçoit 3 à 4 paires de gants. A ce niveau, la distribution des gants se fait selon la logique tracée par les majors des divisions. Le major C. T, infirmier d'Etat au service des M.I. nous disait que :

« quand on reçoit les gants, on en donne 1 à chaque groupe... le reste je le garde avec moi.... Après celui qui finit ses gants on lui donne ceux qui restent (.....) s'il n'en reste pas ? ah ! On fait une commande auprès de la surveillante du service... »

C'est dire, à la lecture de ces propos du major C.T., que les dotations mensuelles ne sont pas suffisantes vu que, sachant lui-même que le lot qu'il reçoit ne suffit pas, il en garde après distribution en attendant des réclamations de gants. Les techniques de distribution des gants varient d'une division à une autre. Au niveau de la division des soins intensifs par exemple, les gants sont rangés dans un tiroir et les soignants de l'équipe de garde, en cas de besoin, s'adressent à leur responsable qui leur en donne lui-même. La distribution des gants, à en croire les majors de division, nécessite une organisation particulière. Ceci, en effet, trouve son explication dans le fait que, comme le souligne Major B.N, infirmier d'Etat au service des M.I :

« si on s'organise pas comme sa mom... on aurait chaque jour des ruptures. »

Il ressort de ces propos que la nécessité de cette organisation est sous tendue par les ruptures potentielles. En fait, sachant que les ruptures sont inévitables, des stratégies visant à organiser la distribution des gants sont mis à l'œuvre. La corrélation est ainsi établie, par les acteurs, entre bonne organisation et modération des ruptures de gants ou, du moins, entre absence d'organisation et fréquence des ruptures de gants.

En ce qui concerne les désinfectants, les divisions sont régulièrement approvisionnées. On peut ainsi observer des stocks d'eau de javel et d'eau savonneuse rangés dans des tiroirs. Ils sont disponibles au niveau des lavabos dans chaque division. L'équipe de garde est chargée, en cas de rupture, de sortir de la réserve, une bouteille de l'équipement en question et d'en faire un mélange avec de l'eau pour son réapprovisionnement ; la technique du mélange leur étant dictée par le responsable du groupe. Mis à part les lavabos installés et équipés en désinfectant dans chaque division, des bouteilles de solution hydroalcoolique ont été installées au niveau de l'unité des soins intensifs entre les lits des patients. Ceux-ci, comme l'explique major B.N. :

« servaient pour désinfecter les mains. A chaque fois qu'on finit avec un malade et avant d'aller vers l'autre, on en met et on se frotte les mains pendant 30 secondes pour se désinfecter...et,... mais aussi pour protéger le malade suivant mais...bon...y'en a plus depuis un bon moment »

Major B.N laisse ainsi apparaître ce souci d'autoprotection et de la protection des malades du risque nosocomial¹⁰¹. Le point est ainsi axé sur la nécessité de se désinfecter les mains après chaque activité de soin dans l'hôpital. Une rupture définitive, puisqu'il y en a plus, reste la principale contrainte de cette nécessité. Par ailleurs, quatre CANACLA¹⁰² sont installés dans le service. Deux au rez-de-chaussée et deux autres au premier étage. Ils sont régulièrement équipés en eau et en savon. Une affiche est installée au dessus de chacun d'eux sur laquelle on peut lire : « pour le lavage des mains à l'eau et au savon ».

En termes de normes, les recommandations sont le plus souvent dictées sous forme d'affiches. Ainsi, plusieurs affiches sont placées dans chaque division. Chaque affiche porte

¹⁰¹ Selon Dominique LHUILIER et al. : « le sentiment d'exposition à des risques professionnels, essentiellement les risques d'infection nosocomiales, est présent chez toutes les catégories de personnel, même si certains ne sont pas en mesure d'identifier les modes de transmission et les infections en question » in LHUILIER D., NIYONGABO T., et ROLLAND D., *Prévenir le risque nosocomial. La balade infectieuse*, Paris, L'Harmattan, 2005, p.116.

¹⁰² CANACLA signifie canarie à clapet. Son inventeur est Jacques Vanhercke.

sur une mesure de protection bien déterminée. C'est ainsi que nous pouvons voir des indications sur le lavage des mains surtout au dessus des lavabos ; des recommandations à propos des attitudes à prendre en cas d'Accident d'Exposition au Sang et autres liquides biologiques notamment dénotés AES. Ces affiches, parfois très nombreuses dans les divisions, sont parfois victimes de suraffichage. En effet, hormis ces affiches relatives aux mesures de protection, d'autres communiqués sont également affichés comme les notes de service, les équipes de garde, des avis aux soignants, etc. C'est ainsi que des communiqués relatifs aux mesures de protection sont à la fois visibles et cachés par ce carambolage d'affiches. De fait, la communication par voie d'affiche devient victime de suraffichage qui dilue l'information. La question reste posée, est celle de la pertinence des affichages pour passer les communiqués. C'est en d'autres termes, questionner l'effet des affiches sur les pratiques professionnelles.

Par ailleurs, des ateliers sont régulièrement organisés. Les soignants sont tenus d'y assister. Le major C.T, infirmier d'Etat au service des M.I disait que :

« des ateliers sont organisés chaque mercredi pour le personnel technique qui est en contact avec le malade(...) oui, pour tous... »

Ainsi, la régularité de ces ateliers et la participation de tous encouragée laissent croire en la pertinence et en l'importance de cette tribune pour le partage de l'information sur les mesures de protection. Cependant, l'observation montre que les thèmes débattus lors des ateliers ne sont pas seulement relatifs à la prévention. D'autres sujets comme celui du sida, de la tuberculose sont très souvent l'essentiel de ces ateliers. Dire d'autre part que, bien que la participation de tous soit encouragée, tout le monde n'y va pas. Interrogeant F.F, aide infirmière au service des M.I, sur les raisons de son absence à l'atelier qui venait juste de finir, elle répondait avec rigueur que :

« Ah ! Je ne peux vraiment pas y aller en abandonnant ma garde...on ne peut pas savoir quand est ce que les malades ont besoin de toi »

A travers ces propos, il apparaît, que l'hôpital, qui est un lieu de prestation de soins aux malades, et encore moins les heures de gardes, ne laissent pas beaucoup de place à d'autres activités bien que parfois connexes au travail des pourvoyeurs de soin. Ceci pose inévitablement la question du partage de l'information. En fait, dans de telles circonstances d'échange, qui sont ceux là qui assistent et quelle importance attribuent-ils à ces ateliers ? Ce

qui par ailleurs est apparu lors des observations, c'est que ceux qui assistent partagent rarement leurs acquis avec leurs pairs. Il est arrivé que des absents aient parfois demandé de quoi traitait la séance qui venait de s'achever mais ne reçoivent de leurs interlocuteurs que le sujet sur lequel a porté le débat. Aucun briefing sur le contenu des discussions n'est relaté.

4.2.2. Le service de neurologie

En matière de dispositif organisationnel, le service met à la disposition des soignants un équipement avec une régularité mensuelle. Des paquets de gants, des conteneurs à aiguilles, des poubelles ainsi que des solutions pour le lavage des mains (eau de javel et eau savonneuse) sont fournis pour leur protection. Selon les propos du major A.N, infirmière d'Etat au service de Neurologie :

« on reçoit chaque mois 3 paquets de gants, une bouteille de cotol et de l'eau de javel une bouteille aussi....on doit le gérer correctement mais n'empêche qu'il arrive que tout finisse bien avant la fin du mois après on en demande à la pharmacie ».

Ces propos laissent apparaître des ruptures potentielles du dispositif matériel dans les divisions du service. Soulignons par ailleurs que pour les divisions, le nombre de soignants tourne autour de 09 à 13 dans ce service. Le paquet de gants compte 100 paires. Ils sont distribués au quotidien suivant les demandes des praticiens. De fait, en cas de rupture de stock (que ce soient les gants ou les détergents), le major de la division est chargé de faire une commande au niveau de la pharmacie. Nous avons cependant observé, un écart parfois, entre le moment de la rupture et le moment de la commande du matériel en question. Dans cet intervalle d'absence technique les demandes des soignants sont soit vaines, soit renvoyées à la division du service la plus proche. Les majors imputent souvent cet intervalle au fait que les demandes d'approvisionnement en matériel de travail au niveau de la pharmacie sont toujours renvoyées. Major M.A, infirmier d'Etat, affirme que :

« On ne nous donne jamais ce que nous demandons. Je suis parfois obligé d'acheter, avec mes propres moyens de l'eau de javel et du cotol pour le lavage des mains ».

Il apparaît, à travers ces propos, que les responsables des divisions ne sont pas inertes face à ces indisponibilités techniques. Des stratégies diverses sont ainsi élaborées pour pallier ce fait.

En termes de lavage des mains, et de désinfections des souillures, des lavabos sont installés dans chaque division avec des bouteilles de détergent à côté. Les prestataires de soins y viennent souvent pour laver leurs mains. Ces gestes interviennent le plus souvent après les activités de prise en charge. En face de chaque lavabo dans toutes les trois divisions du service sont placées des affiches indiquant à l'utilisateur, les méthodes de rinçage des mains. Elles insistent sur les différentes étapes du lavage chirurgical des mains et la durée adéquate pour ce geste.

L'observation montre l'usage parallèle de ces détergents servant pour le lavage des mains ou de désinfection des objets souillés, à d'autres fins telles que le lavage de verres, cuillères et couteaux servant pour le petit déjeuner des soignants¹⁰³ ou parfois, pour le rinçage de leurs serviettes. Par ailleurs, dans ce même service, nous avons observé des problèmes techniques qui empêchaient l'eau de couler au niveau des lavabos et, du coup, les lavabos devenaient inutilisables. Après avoir observé ce fait, un médecin venant pour se rincer les mains, posa ouvertement la question :

« ah ! y a pas lavage des mains aujourd'hui ? »

La major A.N, infirmier d'Etat, expliquait la persistance de ce problème technique par l'inertie des agents de maintenance malgré les nombreuses sollicitations.

En outre, des conteneurs à aiguilles et des poubelles sont installés dans chaque division. Major M.A, infirmier d'Etat au service de Neurologie, insistant sur la problématique des conteneurs nous dit que :

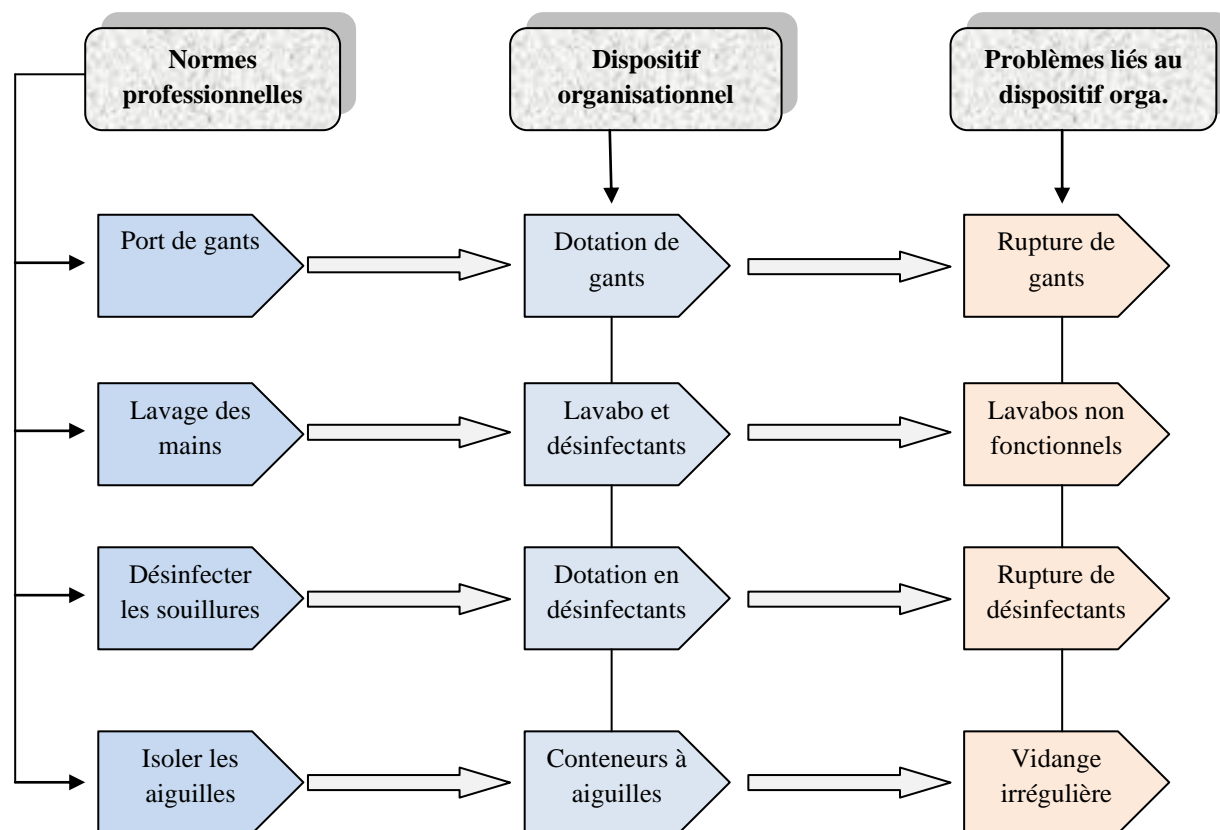
« oui, il y a un conteneur mis à la disposition de chaque division. On nous envoie parfois des agents sanitaires pour les vider mais il arrive que c'est parfois plein à déborder sans que personne ne vienne pour le vider. Dans ces moments là, on est obligé d'utiliser les bouteilles de kirène vides comme tu peux toi-même le constater derrière toi pour isoler les aiguilles. »

Pour dire que le dispositif organisationnel pose de multiples problèmes liés principalement à leurs indisponibilités ou, du moins, à la nature des stratégies qu'il impose aux pourvoyeurs de soins. De fait, entre ces deux entités que sont d'une part les normes professionnelles et le dispositif organisationnel de l'autre, se situe le paradoxe.

¹⁰³ En fait les soignants, et plus précisément les paramédicaux, ont, chacun, leurs arsenaux pour les petits déjeuners qu'ils prennent, selon leurs heures de garde, dans le service, sans oublier également le bol du déjeuner.

Il s'agit en effet d'une structure qui établit des normes pour ses agents mais qui ne leur fournit guère les moyens de les mettre en pratique dans la quotidienneté. La question est d'autant plus pertinente qu'il ne s'agit pas d'un seul dysfonctionnement, mais de la généralisation de celui-ci. Le schéma suivant donne une illustration de ce paradoxe.

Schéma 5 : récapitulation des normes professionnelles et des dispositifs organisationnels



Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Ce point sur les normes professionnelles et les dispositifs organisationnels ne laisse pas de place à des distinctions basées sur les catégories. Il est partagé par tous les soignants de notre échantillon. Ils sont tous soumis aux mêmes normes de travail et bénéficient également des dispositifs organisationnels.

4.2.3. Dispositif organisationnel et pratiques professionnelles

Ce qu'il convient d'emblée de souligner, c'est que les professionnels de santé insistent sur la nécessité de la protection dans leur univers de travail. Ceci s'explique en partie par la généralisation des menaces dans leur univers. Selon les propos du docteur LFD :

« Ha ! Ça c'est évident...bien évidemment il est très important de se protéger dans l'hôpital hein ! Parce qu'il y a le risque aussi bien de l'hépatite B que du VIH, que d'autres infections. »

Ce qui apparaît à la lecture de ces propos, c'est que la protection est la chose la plus normale dans l'hôpital. Cette absolue nécessité de protection s'explique par la récurrence des menaces liées aux infections telles que le VIH. En effet, il est ressorti de notre terrain que le discours normatif sur la protection que nous servaient les soignants est sous tendu, en grande partie, par la peur qu'a fini de faire naître le VIH. C'est ainsi que, selon C.T, infirmier d'Etat au service des M.I :

« Waw, xamnga fii par exemple da ñuy faj sida,...té xam nga, c'est une maladie grave qui fait peur....manaam on se protège plus que pour le sida que pour l'hépatite b. sida bi daal mo gënë tax sax ñuy protégé wu bu bax.... Su ñu liggey bi mo deme nonu daa bari danger lol sax..... »¹⁰⁴

La cause unique, selon C.T, de la protection des soignants est la présence du VIH. Il est le facteur le plus déterminant dans l'explication de l'usage des moyens de protection par les professionnels de santé. Le VIH, nous le voyons, est à même de créer, chez les soignants, un comportement spécifique vis-à-vis des moyens de protection. Ce dernier reste le fruit de la peur que suscite cette infection. Cependant, pour autant que le VIH reste une infection menaçant au point de créer chez les soignants un comportement spécifique, les rapports de ces derniers aux moyens de protection s'écartent le plus souvent des normes officiellement établies. Ainsi, le premier facteur évoqué à cet effet comme explication du comportement déviant des soignants est l'indisponibilité technique.

4.2.3.1. L'indisponibilité technique comme facteur explicatif

Selon les propos d'ADS, aide infirmière au service de Neurologie

« Oui, c'est le manque de matériel qui en est la cause mais c'est quelque chose de vraiment dangereux, c'est vraiment pas sûr »

Ces propos montrent que l'indisponibilité du matériel de protection est la source de son non usage. Ce qui, selon ADS est dangereux. Les observations ont d'ailleurs montrées que le matériel n'était pas toujours disponible. Ce facteur émane donc directement des services, c'est-à-dire de l'environnement interne du personnel soignant. Ce premier facteur est

¹⁰⁴ Oui, tu sais ici par exemple on traite le sida,...et tu sais, c'est une maladie grave qui fait peur...c'est-à-dire on se protège plus que pour le sida que pour l'hépatite B. C'est à cause du sida que l'on se protège bien...c'est notre travail qui est ainsi fait il y a trop de danger... »

le plus souvent appelé, dans le monde des soignants, rupture de stock. Ainsi, selon le major BN, infirmier d'Etat au service des M.I :

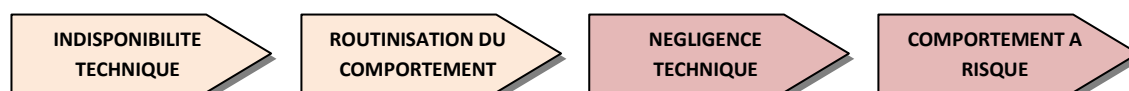
« Mais au-delà de ça nous avons des ruptures surtout de gants, de gants de protection. Vraiment chaque fois on insiste, on prie, mais ya toujours des problèmes dans euh... de rupture. »

Ces ruptures, comme le laissent entendre ces propos du major, sont fréquentes et nombreuses. Elles persistent malgré toutes tentatives de solution. En fait, ce qui explique ces vaines tentatives, c'est que les ruptures ne dépendent pas directement du service, mais plutôt de la pharmacie qui, elle-même, connaît ce phénomène des ruptures de stock. Cette question des ruptures n'est pas sans effet sur le comportement au quotidien des soignants. Elles ont d'abord une cause qui est le manque d'approvisionnement par la pharmacie IB de l'hôpital, et ensuite des effets sur les pratiques des soignants. Ainsi, selon BDF, médecin au service de Neurologie :

« et en plus autre problème moy, nous avons beaucoup de stagiaires qui sont là et qui en demandent beaucoup surtout pour les problèmes de gants qui ne sont pas fournis et ça pose des problèmes de, de, de routine. »

Ces propos laissent apparaître le rapport direct qui existe entre rupture et routine. En fait, ce sont les ruptures multiples des moyens de protection et en particulier les gants, le plus souvent évoqué, qui créent, chez les soignants, un non usage technique. Ce dernier finit ainsi par devenir un comportement routinier. On voit ainsi qu'il s'agit bien d'un cycle explicatif du non usage des moyens de protection. Il y a d'abord les ruptures qui conduisent un non usage technique ; lequel devient routinier et conduit à des comportements à risque. En d'autres termes, cela veut dire que les ruptures sont de telles sortes qu'à chaque fois qu'on a besoin de gants par exemple on n'en dispose pas ; de fait, quand les moyens deviennent disponibles, l'habitude de travailler sans les moyens s'est déjà forgé et prend parfois le dessus dans les pratiques professionnelles.

Schéma 6 : récapitulation des effets de l'indisponibilité technique



Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

4.2.3.2. L'urgence des interventions et comportements professionnels

Il y a, par ailleurs, entre autres facteurs internes explicatifs du comportement des soignants, ce que nous nous permettons d'appeler l'urgence des interventions médicales. En effet, comme le soulignent les propos de CT, infirmier d'Etat au service des MI :

« Oui, parfois c'est les précipitations, quand tu as de l'urgence...tu n'as pas le temps de mettre des gants, parce que tu veux rapidement satisfaire l'urgence, des fois tu viens comme ça, maintenant c'est lors de ton acte que tu te rends compte que tu n'as pas mis des gants »

Ici, il est beaucoup plus question de précipitation dans les actes. Laquelle précipitation ne laisse place à aucune prédisposition bien que nécessaire. Le comportement déviant par rapport aux moyens de protection semble ici indépendant de la volonté des soignants. Ils s'en rendent compte d'ailleurs qu'en plein acte. Voici alors que l'univers des professionnels de la santé est parfois soumis à des pressions émanant de l'urgence de leurs interventions médicales. De fait, outre l'indisponibilité technique documentée ci-dessus, le monde des soignants se complexifie davantage. Ainsi, l'effet direct de cette complexification engendrée par ces deux états de fait reste le non usage technique qui conduit enfin à des comportements à risque.

Par ailleurs, ce que nous avons tenté de démontrer dans la partie descriptive de l'environnement technique, c'est que le soignant est un acteur qui, face à ses difficultés liées à son environnement de travail, élabore un certain nombre de stratégies. Ces dernières sont diverses et variées. Il y a d'abord, comme le dit NFP, sage femme au service de Neurologie :

« Par exemple moi, des fois quand je sais qu'il y a rupture de gants, si j'ai des gants à la maison je les amènes, j'amène des gants, mais s'il y en a pas aussi, on se débrouille, on va en bas, jusqu'à la division de réanimation ou au nouveau pavillon pour en demander... au moins même si c'est un paquet, on fait avec. »

Ce qui apparaît d'emblée, c'est que les soignants ont leurs propres gants qu'ils s'achètent eux même. Ensuite, la mobilité du personnel de santé reste également une stratégie pour palier l'indisponibilité technique. Cette mobilité intra et parfois extra-service pour demander des gants reste ainsi primordial bien que les demandes ne sont pas totalement satisfaites puisque, ailleurs également on prévoit le même problème, c'est-à-dire les ruptures. Là apparaît un aspect nouveau dans l'arsenal des stratégies des soignants. C'est ce qu'il convient d'appeler l'économie des moyens de protection.

4.2.3.3. Vers une rationalisation des gants face à l'insuffisance

Selon NPT, aide infirmière au service des MI :

« Oui, la cause c'est, bon... on se rend compte qu'il ne reste pas beaucoup de gants, tu te dis que si je les utilise maintenant il y aura d'autres actes pour lesquels ce sera plus nécessaire, et tu te dis que je vais les garder pour ces actes qui sont prioritaires »

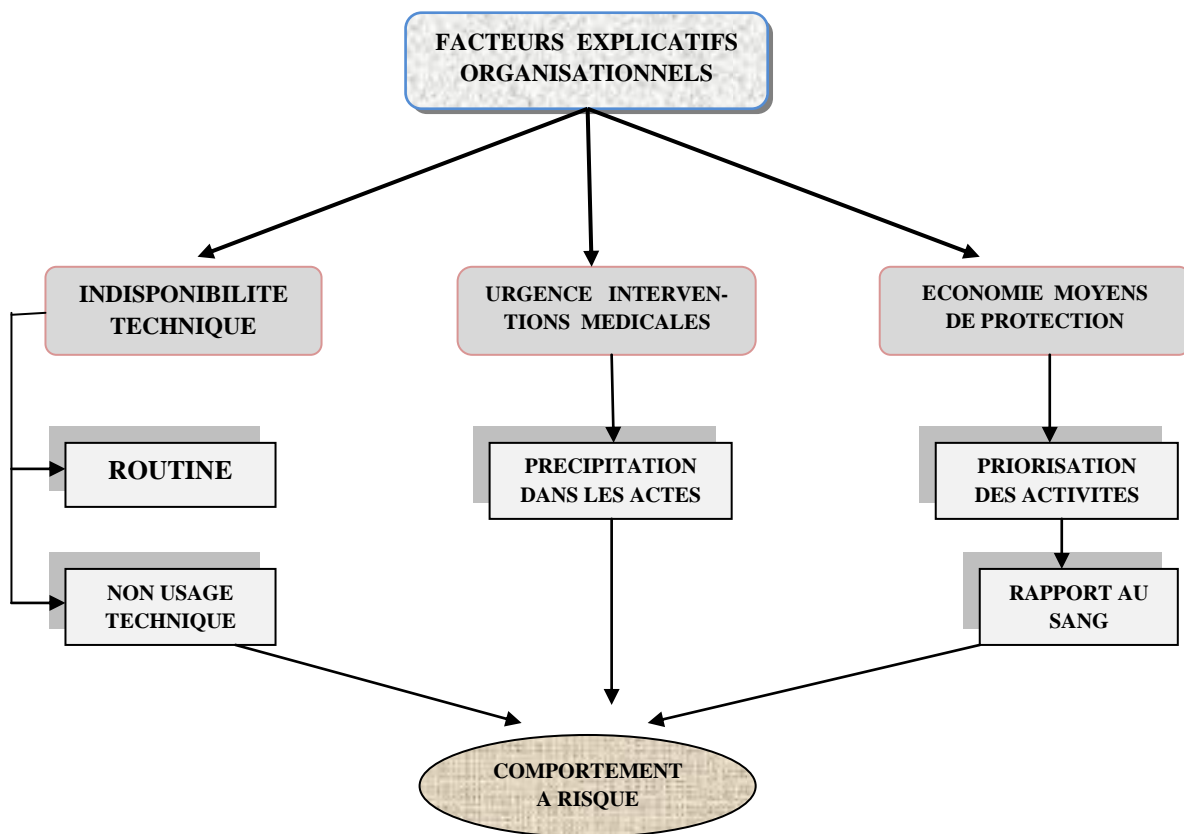
Il apparaît que cette stratégie ici évoquée de l'économie des gants, est une prédisposition liée aux ruptures potentielles des moyens de protection. En fait, le peu de gants qui reste doit être géré en termes de priorisation. Cette notion de priorisation est importante mais elle laisse cependant non réglée la question du support sur lequel elle repose. C'est, en d'autres termes poser la question de savoir quand est ce que, dans ces contextes d'économie, les soignants sentent réellement le nécessité d'utiliser les moyens ou pas. C'est ainsi que, selon le docteur LFD du service des MI :

« Non mais, je ne peux pas dire que c'est des véritables ruptures hein ! Mais peut être parfois, pour certains gestes qui auraient besoin de gants on attendrait beaucoup plus pour les activités où il y a vraiment des risques de contamination avec du sang heu... qu'on utilise des gants. »

Ce que le docteur LFD tente de nous montrer dans ces propos, c'est qu'il s'agit plus d'économie de gants que de rupture véritable. Il accepte d'abord qu'il y a rupture, mais ne lui accorde pas beaucoup d'importance face à la stratégie de l'économie des gants. Ses propos laissent entendre qu'il y a des activités qui, dans les services, nécessitent beaucoup plus l'usage des moyens de protection que d'autres qui n'en nécessitent pas. Ces activités sont celles qui exposent les soignants au contact avec le sang. Il va sans dire que pour les activités n'exposant pas au contact avec le sang, et par extension aux autres liquides biologiques, l'usage devient moins important.

En résumé des facteurs internes explicatifs du comportement déviant des soignants face aux moyens de protection, nous pouvons dire qu'il y a trois entités qui apparaissent. Il s'agit d'abord des ruptures avec ses effets traduit plus haut par un cycle de comportement, ensuite, il y a l'urgence des interventions médicales et enfin, l'économie des moyens de protection par rapport à certaines activités jugé risquées ou pas. Le schéma suivant donne un aperçu de l'analyse faite sur l'explication du comportement professionnel liée au facteur technique.

Schéma 7 : récapitulation des facteurs explicatifs liés au service



Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

4.3. LES CONNAISSANCES ET PERCEPTIONS DU RISQUE

4.3.1. Description et analyse des connaissances et perceptions du risque chez les soignants

Le milieu des professionnels de santé apparaît comme un lieu complexe où le risque est médicalement construit. Les soignants ont ainsi leurs propres schèmes de construction des entités à risques élevés et des entités à risques réduits. Ce fait est bien sûr précédé par le fait qu'ils ont d'abord une bonne connaissance de la présence du risque dans leur quotidien. En effet, s'il y a une connaissance qui est bien partagée dans l'univers de soignants, c'est que leur milieu est un cadre à risque généralisé. Ainsi, selon les propos d' A.D.S, aide infirmière au service de Neurologie :

« c'est notre travail qui est ainsi, il y a trop de risque,..., l'hôpital aussi est un lieu dangereux »

Leurs confrontations au quotidien avec de multiples patients est le principal facteur explicatif de cette considération généralisée. Selon le major B.N. du service des MI :

« si on se met dans la tête on ne connaît..., on a..., on connaît le statut de personne, à commencer même par nous même, les gens ignorent par exemple leur propre statut. Si on se met à la place du patient pour dire qu'on est pas, on sait pas qui a quoi, qui est qui... »

Ces propos montrent que la méconnaissance du statut sérologique des patients avec qui on entre en contact est indexée comme facteur exposant au quotidien les soignants. De fait, avec la multiplicité des patients que les pourvoyeurs de soins prennent en charge chaque jour, l'hôpital devient un milieu où le risque s'est généralisé. Cette prise de conscience du risque conduit paradoxalement à une construction parallèle de celui-ci. Cette construction socio-médicale du risque, pour complexe qu'elle puisse paraître, repose cependant sur des catégorisations des activités, des moments, des lieux et des malades à risque élevé ou à faible risque. Pour ce qui est des activités de soins, les pourvoyeurs de soins établissent des stratifications entre soins à hauts risques et soins à risques réduits. En effet, tout est parti de cette affirmation de S.K., aide infirmier au service des MI selon laquelle :

« les soins ne sont pas pareils... Il y a des soins où...c'est obligatoire que...des soins très risqués»

Il ressort déjà de ces propos qu'il y a deux grandes catégories de soins établies. Au premier groupe appartiennent les soins qui présentent des risques énormes pour le soignant et au deuxième groupe, les soins ne présentant aucun danger. Ce qui reste à rechercher, c'est de savoir quels sont ces différents soins que les professionnels de santé de notre champ d'étude classent dans telle ou telle autre catégorie. Selon M.L, infirmière d'Etat au service des MI :

« Ya les prélèvements, les injections, surtout, mo gënë.....pour hépatite b bi, mo gënë graw daal...prélèvement sanguin ak injections...¹⁰⁵ »

Ou de N.T, aide infirmières au service de Neurologie qui dit :

« comme ay nursing ak yoyu, wala malade bi su souillé nga war ko nettoyé, ak yoyu...¹⁰⁶»

Ou encore de la major M.A, infirmière d'Etat au service de Neurologie qui affirme que :

¹⁰⁵ « Il y a les prélèvements, les injections surtout, c'est plus.....en ce qui concerne l'hépatite B, c'est plus dangereux...prélèvement sanguin et injections... »

¹⁰⁶ Comme par exemple les nursings, ou bien quand le malade est souillé et que tu dois le nettoyer, par exemple...»

« Il y a aussi des soins qui présentent d'énormes dangers comme quand on place une sonde ou quand on fait une transfusion sanguine »

Il ressort de ces propos que les prélèvements, les injections, les nursings, les transfusions sanguines... sont les principaux soins présentant des risques énormes pour les soignants. Le lien entre tous ces actes de soins, c'est qu'il y a contact direct avec des liquides biologiques et en particulier avec le sang. Le sang, en effet, et surtout le contact avec celui-ci est, pour les soignants, un facteur exposant beaucoup aux risques. En croisant le tableau sur l'exposition au risque et le facteur exposant, on a le résultat suivant :

Tableau 30 : croisement entre exposition et ce qui expose le plus au risque

		qu'est ce qui vous expose le plus au risque lié à l'hépatite B?					
		manipulation sang	Manip. outils	contact malades	NRP	NSP	Total
Exposition risque?	oui	30	14	5	4	1	54
	non	6	1	7	5		19
	NSP					6	6
	NRP			1			1
	Total	36	11	13	9	7	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Le tableau nous montre que 36 sur 80 des enquêtés disent que c'est la manipulation du sang qui les expose le plus aux risques liés à l'hépatite B contre 13 imputant leur exposition au contact avec les malades et 11 évoquant la manipulation des outils comme principal facteur. Par ailleurs, à l'opposé de ces soins catégorisés par les soignants comme dangereux et exposant aux risques, il y a ceux qui sont perçus comme ne présentant aucun danger. À en croire N.F., infirmière d'Etat au service des maladies infectieuses :

« Bëri wu fi...par exemple dans les sous cutanés....ak tammit intramusculaire yi...¹⁰⁷ »

Ces soins ci-dessus évoqués ont en commun le fait qu'ils sont en rapport avec l'épiderme. Il s'agit en général de pénétration ou d'injection juste au dessous de la peau comme nous l'explique le major C.T. pour ces types d'activités de soins, les soignants pensent que le risque est très réduit. Il y a en outre, selon le major M.M.A. du service de neurologie : « le gavage... » qui ne présente aucun risque pour le soignant. C'est une activité de prise en charge consistant à alimenter le malade par sonde.

¹⁰⁷ « Ici, y'en a pas beaucoup...par exemple les sous cutanés...et aussi les intramusculaires... »

Ce qui apparaît le plus pertinent dans cette catégorisation des soins à risque élevé et des soins à risques réduits, c'est qu'il y selon les professionnels soignants, d'autres indicateurs qui permettent de mesurer le niveau d'exposition au risque parmi les soins. Selon la major M.A. du service de neurologie :

« Et même pour certains prélèvements, quand on est habitué et quand les veines sont apparentes, ce n'est pas très dangereux. Et même quand on est habitué, on peut faire les voies veineuses sans danger ».

C'est dire, selon ces propos de la major, que même les soins présentant beaucoup de risques pour certains peuvent être catégorisés comme soins ne présentant aucun danger. Seulement dans ce cas, ce n'est pas le soin en lui-même qui est le plus important mais plutôt d'autres indicateurs comme l'habitude. Elle établit ainsi le rapport entre l'habitude et la possibilité de faire un soin jugé risqué sans difficulté. Il y a également un autre facteur émanant directement du patient que la major développe, il s'agit, comme le souligne par ailleurs N.P.T., infirmière d'Etat au service de Neurologie :

« comme voie veineuse la koy deffal, veine yi genë na, na piqué directement, grawoul daal¹⁰⁸ »

Ces propos montrent que le danger dépend ici de la visibilité des veines du patient. Il s'agit alors, dans ce présent cas, d'un recoupement de deux facteurs permettant de mesurer le niveau du risque. Il y a d'abord l'activité de soins dont il est question mais aussi du type de patient. Ce nouveau facteur concernant le type de patient, faisant ainsi son apparition, est d'autant plus important qu'il laisse apparaître un autre type de catégorisation. En effet, au-delà de ce classement des soins selon leurs niveaux d'exposition des soignants aux risques, il y a une autre catégorisation que ces derniers établissent quant il s'agit des patients. C'est ainsi que, poursuivant son analyse sur les facteurs ne présentant pas de danger pour les soignants que la major M.A. du service de Neurologie disait :

« Et même quand on est habitué, on peut faire les voies veineuses sans danger...Mais on prend ce risque seulement quand on sait que le patient ne présente pas une maladie très grave ».

C'est ainsi dire, selon ces propos de la major, qu'en dépit de toute qualité individuelle pouvant mener à prendre le risque, il y a cependant une catégorie de patients

¹⁰⁸ « Etant donné que c'est une voie veineuse que je lui fais et que les veines sont très visibles, je pique directement, il n'y a pas beaucoup de danger ».

avec qui ce fait n'est pas permis. De fait, pour autant que la prise de risque par rapport à certains soins soit parfois permis, elle ne l'est que dans quelques cas précis. Ainsi, cette catégorisation des soins apparemment premiers, n'est que seconde par rapport à la catégorisation des patients à haut risque et à faible risque. La question qui ici reste posée est celle de savoir qui sont ces soignés que les professionnels de santé perçoivent comme présentant des risques élevés et qui sont également ces soignés perçus comme ne présentant aucun risque. Selon S.K., aide infirmier au service des MI :

« Il y a des soins où c'est un grand danger..., comme...celui qui a le sida, qui a l'hépatite B, si on est sûr, y'a la méningite...ces gens là vraiment, heu...c'est des facteurs à risque »

Il ressort de ces propos que cette catégorisation relative aux patients repose sur les types de maladie dont ils souffrent. En d'autres termes, le malade est jugé risqué selon sa maladie. D'après le docteur A.N du service de Neurologie :

« Si c'est un sidéen par exemple ou si c'est un malade qui présente partout des lésions cutanées...il est dangereux »

Ce qui apparaît de ces propos, c'est qu'au-delà des maladies, le niveau d'exposition par le patient se mesure également par son état patent qui plus est, par un contact potentiel avec le sang de ces lésions. Nous voyons donc que le rapport au sang revient encore dans le discours des soignants et en particulier, dans ce présent contexte, des médecins. On a pu constater qu'ils ne perçoivent pas, comme les autres paramédicaux, que des malades à risque. En effet, dans cette catégorie des médecins, c'est le rapport au sang qui semble le plus important. Ainsi, selon les propos de D.N, médecin au service de Neurologie :

« tous les malades sont presque pareils hein... quand on les soigne.... Bon c'est le risque de contact avec son sang qui fait plus peur quoi... quand il y a le sang, on fait attention...c'est risqué... »

On voit ainsi que dans cette catégorie des médecins, c'est le contact avec le sang qui est le plus perçu comme entité à risque. Il va sans dire que ce n'est pas la maladie dont souffre le patient qui est indexé, mais plutôt le contact potentiel avec un malade avec lésion. Ce qui, ici, apparaît comme élément d'analyse approfondie pour ces deux catégories des médecins et des paramédicaux, c'est le fait que toutes ces pathologies précitées (hormis la méningite) ont en commun qu'elles sont transmissibles par le sang. Donc, l'exposition au sang est toujours perçu comme risqué chez les soignants.

Ce même critère reposant sur la maladie dont souffre le patient permet également aux professionnels soignants d'indexer les malades à risque réduit. A en croire S.K, aide infirmière au service des MI :

« Bon....le plus souvent c'est les tétaniques, bon, pour les tétaniques on n'a pas besoin de trop se soucier parce qu'il ne va pas te le contaminer...Tétanique, bon, neuro-palu, c'est ça hein »

S.K., nous cite deux types de maladie (le tétanos et le paludisme) ne présentant pas beaucoup de risque pour le soignant. Il va sans dire que le patient souffrant de ces pathologies sera considéré comme un malade à risque réduit. C'est finalement les patients, présentant une maladie transmissible par le sang qui sont indexés comme malades à haut risque. Ceci est d'autant plus pertinent qu'à l'opposé, les patients perçus comme présentant des risques réduits sont ceux qui souffrent de maladies transmises par d'autres vecteurs que le sang. Ainsi, dans cet univers du soignant, le danger rime avec le contact avec le sang. Selon les propos de W. S, aide infirmière au service de Neurologie :

« Parfois sou amul danger, yaw bu la wore ni sang bi do ko laal,...mën nga baña utiliser ki...su amul bénn danger daal¹⁰⁹. »

Il apparaît, selon ces propos de W.S, qu'il y a effectivement une corrélation établie entre ces deux entités que sont d'une part le contact avec le sang et d'autre part l'exposition au risque. Parallèlement à cet état de fait, les soignants perçoivent également un rapport entre lésion cutanée et exposition au risque. Ainsi, selon T.F, infirmière brevetée au service de Neurologie:

« bu fekke dama am gañu gañu té du ma ko yekk, ma ñëw deff soin, malade bi peut être mën nala laal, xam ngë,..., té ça c'est risqué¹¹⁰ ». »

Selon ces propos, le risque d'exposition des soignants peut trouver son origine chez eux mêmes. Les lésions sont alors perçues comme facteur exposant aux risques. Cependant, si ce facteur émane d'eux mêmes, il est perçu comme exposant à cause de la fréquence du risque lors de certaines activités ou lors du contact avec certains malades ou tout simplement à des moments jugés risqués. Selon M.L.N, infirmière d'Etat au service des MI :

¹⁰⁹ « Parfois s'il n'y a pas de danger, si tu es sûr que tu n'auras pas de contact avec le sang,...tu peux ne pas utiliser...s'il n'y a vraiment aucun danger ».

¹¹⁰ « Si j'ai une blessure sans m'en apercevoir, je viens faire les soins, le malade peut te toucher, tu sais,..., et ça c'est risqué »

« La garde surtout, la garde, ñun ñi di fanaane, garde bi da ngay recevoir en urgence...¹¹¹ »

Ces propos laissent entendre qu'il y a, dans les services enquêtés, des moments jugés exposant aux risques. En effet, dans l'univers des soignants enquêtés, les oppositions garde du jour/garde de nuit sont nettement établies. L'observation montre que la ressource humaine est plus importante de jour. Les différentes catégories de soignants ne sont jamais toutes représentées pendant les gardes nocturnes et pour ceux qui sont présents, leur effectif est moins important que celui de l'équipe du jour. Il y a, en général selon les divisions, comme le soulignait d'ailleurs Major M.A. du service de Neurologie, deux infirmières et un « médecin nocturne ». Par ailleurs, ce petit groupe de garde est confronté à des urgences.

Une autre entité de perception du risque apparaît dans l'univers des soignants. Il s'agit des perceptions des lieux à risque. Il apparaît qu'au sein même des services enquêtés, les soignants établissent des distinctions entre lieux à haut risque et lieux à risque réduit. Selon M.L.N, infirmière d'Etat au service des Maladies Infectieuses :

« service bi daal, division bii,..., division Réa bii, daana ka mo gënë dangereux,..., ndax lan ?...ah, fi la urgence yi di ndjekk dugg,..., té.... Xam nga urgence mom da risqué¹¹² »

Ces propos laissent entendre que c'est la division Rhoux-Réa, au niveau du service des maladies infectieuses qui est perçue comme le plus dangereux lieu de ce service. Elle est en effet la division où on accueille les urgences pour le diagnostic et c'est là où sont dispensés les premiers soins. C'est après ces premières activités de prise en charge que le malade est orienté vers les autres divisions où il sera suivi. Ce même constat apparaît dans les propos de l'infirmière brevetée M.B, qui, s'adressant à nous lors de nos premiers jours de présentation dans le service de Neurologie, disait :

« fii mom jarul sakh nga fiy duggu,..., dafa dangereux dé,..., ñun sax ñeme wu gnou ko, del dem ci A ak B rekk...¹¹³ »

Selon ces propos, il y a dans ce service deux divisions, la division A et la division B, qui sont moins risquées que la division Réanimation. Les soignants croient alors être le plus

¹¹¹ « La garde surtout, la garde, nous qui passons la nuit, lors de la garde tu reçois en urgence... ».

¹¹² « ce service ci, cette division,..., cette division de la Réanimation ci, c'est la plus dangereuse,..., pourquoi ?...Ah ! C'est ici qu'on accueille les urgences en premiers,...et..., tu sais que les urgences c'est risqué ».

¹¹³ « Ce n'est même pas la peine d'entrer ici..., c'est dangereux,..., nous même on le craint, va juste aux divisions A et B seulement... ».

soumis aux risques dans cette division que dans les deux autres où ils se sentent plus en sécurité. Ceci constitue alors ce que nous appelons les « catégorisations internes des lieux à risque » par opposition à ce que nous nommons les « catégorisations externes des lieux à risque ». Cette deuxième appellation s'explique par le fait qu'il y a, selon les professionnels de santé, des niveaux d'exposition du risque selon qu'on soit dans l'hôpital ou hors de celui-ci. Selon ces propos de F.F, aide infirmière au service des MI :

« (...) Ici on connaît tous les patients, on connaît leurs statuts. Mais dehors on ne connaît pas les gens... Peut être tu peux avoir là-bas un copain ou bien partir au salon te faire raser...et être contaminé. On est plus exposé dehors que chez nous ici. »

Il découle de ces propos de F.F. que l'hôpital est un milieu qui offre à ces agents un moyen solide de protection en leur permettant d'identifier les malades. Chose qui, par ailleurs, n'est guère possible hors de l'hôpital. Ici, la question qui apparaît est celle du rapport avec autrui. Dans l'hôpital, autrui, avec qui on entre en interaction, reste un individu bien connu alors qu'il reste méconnu au dehors.

Enfin, comme le pensent certains soignants, le risque reste tout simplement une entité contre laquelle protège la divinité. C'est alors dire que, quand on se confie à Dieu comme protecteur de tous les dangers, on est à l'abri du risque. F.F, aide infirmière disait avec rigueur que :

« Fii dëgg lë bari na ay maladies, té yëpp la raggal mais dans la vie moom faut pas que ngay raggal parce que c'est DIEU qui donne tout, lépp yalla la... da ñu koy denkk sunu bopp rekk¹¹⁴ »

Ces propos laissent entendre que la meilleure manière de se protéger contre le risque qui s'est généralisé est de se confier à la divinité. Le risque apparaît ainsi comme une entité banalisée ou, du moins, réduite à des niveaux d'exposition moindre dans l'univers du soignant. Ce point nous semble également partagé dans la catégorie des techniciens de surface. Ainsi, selon A.T.F, technicienne de surface au service de Neurologie :

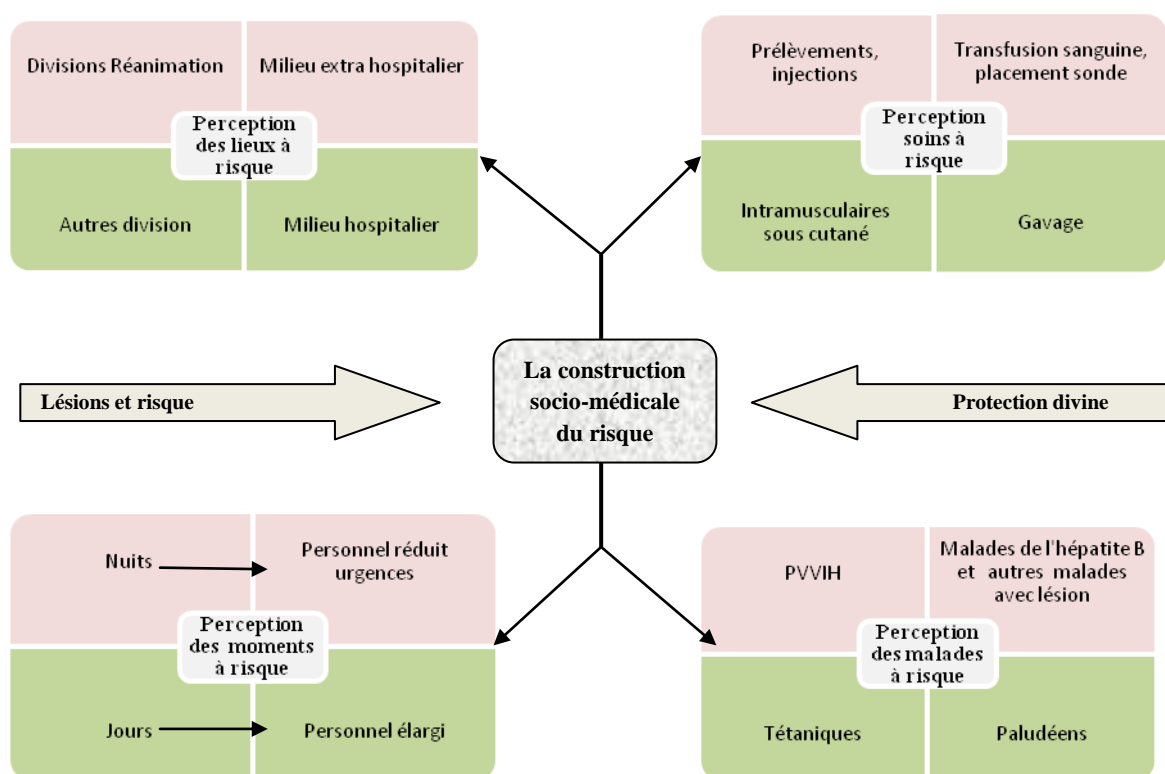
« On sait que, vraiment, le travail ici....c'est pas sûr, vraiment...tout peut t'arriver, n'importe quelle maladie, mais...Dieu merci, c'est lui qui nous protège »

¹¹⁴ « Ici, il est vrai qu'il y a beaucoup de maladies, et elles me font toutes peur, mais dans la vie il ne faut pas avoir peur parce que c'est Dieu qui donne tout, tout c'est Dieu...on se confie à lui seulement».

Ces propos montrent que le milieu hospitalier, est perçu, selon ATF comme exposant à toutes sortes de maladies. De fait, la menace est réelle. Cependant, la divinité semble rassurer et protéger de toutes ces menaces qui guettent les professionnels de santé.

Le schéma suivant donne une illustration du risque tel que construit dans le monde des soignants de notre champ d'étude.

Schéma 8 : récapitulation de la construction du risque chez les enquêtés



Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

La perception de ces entités à risque, bien que généralement partagée connaît cependant quelques variations. La catégorie des médecins ne perçoit pas toujours les mêmes entités à risque que les paramédicaux. La perception des soins à risque, on l'a vu, ne concerne pas les médecins bien que très documentée dans la catégorie des paramédicaux. De même, la perception des moments à risque ne concerne pas les médecins. Ces derniers sont beaucoup plus concernés par la perception du risque suivant le contact avec le sang. Quant aux techniciens de surface qui ont moins de connaissances sur l'hépatite B, leurs perceptions comme on la vu, ne sont pas directement en rapport avec la maladie. Ils évoquent plutôt un contexte de soins menaçant et une protection divine.

4.3.2. Perception du risque et attitudes professionnelles

La perception du risque est, de tous les facteurs convoqués, celui qui nous a semblé le plus déterminant dans l'explication du comportement des soignants vis-à-vis des moyens de protection. Jusque là, nous avons vu que les connaissances n'influent pas beaucoup les pratiques professionnelles. Le facteur technique, quant à lui, a apporté quelques éléments de réponse par rapport au comportement déviant des soignants. Cependant, on a vu que, face à cette contrainte technique, les pourvoyeurs de soins élaborent quelques stratégies pour lui faire face. Ces dernières vont, comme nous avons eu à le documenter plus haut, de l'achat de leurs propres gants à l'économie des gants. De fait, bien que le facteur technique apporte des éléments de réponse par rapport à l'attitude des soignants, il ne le fait cependant que partiellement. Croisons, à cet effet les variables sur la cause du non usage technique et les autres moyens de protection dont disposent les soignants.

Tableau 31 : croisement entre raison du non usage technique et autres moyens possédés

		Autres moyens de protection possédés					Total
		pas d'autres moyens	mes propres gants	Solution hydroalcoolique	précaution	vaccination	
Raison du non usage technique	négligence	4	3		1		9
	par habitude		1				1
	indisponibilité du matériel	8	29	1		4	47
	pas nécessaire	1					2
	si pas de danger	2			1		4
	gênant	1	1				2
	NRP	6	3	1	3		15
Total		22	37	2	5	4	80

Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

Le tableau laisse apparaître que 47 sur 80 des enquêtés imputent leur non usage technique à l'indisponibilité technique. Il représente ainsi 58,75% de l'échantillon. Parmi ces derniers imputant leur non usage technique aux insuffisances techniques, 61,7% disent avoir leurs propres gants de protection et 2,12%, leur propre solution hydroalcoolique. Il y a alors, dans cet échantillon, 63,82% de soignants affirmant avoir leurs propres moyens de protection. De fait, l'indisponibilité technique comme facteur explicatif du non usage technique crée ainsi des mécanismes d'autoprotection développés par les soignants. On peut alors dire que le facteur technique, bien qu'apportant des éléments de réponse aux attitudes des soignants, ne semble pas plus déterminant dans l'explication de leurs comportement. Cet état de fait nous

semble validé par l'autre type de stratégie élaborée face à l'indisponibilité technique, à savoir l'économie des moyens de protection. Selon les propos de MLN, infirmière d'Etat au service des MI :

« c'est pas une question d'étude, mais c'est plutôt un soucis de gestion,..., car ce qu'on nous donne n'est pas suffisant, tu dois le gérer, tu agis en fonction de ceux qui sont prioritaires comme les aspirations où tu dois prendre la sonde »

Ce qui apparaît c'est qu'il y a effectivement économie des moyens de protection mais elle est sous-tendue par d'autres aspects que l'on peut dire plus importants. Il s'agit en effet des activités de soins octroyées dans les services que nous avons visités. De fait, quand un soignant économise des moyens de protection, il le fait parce que l'acte est dit prioritaire ou pas. Dans ce présent cas, il ne s'agit pas d'imputer directement au facteur technique le non usage des gants, mais plutôt à la perception du risque. Les soins perçus comme présentant des risques énormes sont priorisés dans les actes en termes de protection. Donc, l'indisponibilité technique officiellement première semble, dans la pratique, seconde. D'ailleurs, on a eu à observer, dans un contexte de rupture de stock des gants, une aide infirmière qui est partie en chercher dans une autre division parce qu'elle devait faire de l'aspiration. Ainsi, avec cette multitude de stratégies liées à l'indisponibilité technique, elle devient finalement moins déterminant quant à l'explication du comportement déviant des soignants. La perception des entités à risque semble ainsi, dans notre contexte de recherche, le facteur le plus déterminant. Ainsi, selon les propos de KS, aide infirmière au service des MI :

« Il y a des soins où c'est obligatoire que tu mettes des moyens de protections, comme les prélèvements... ou bien... l'aspiration... celui qui a le sida, qui a l'hépatite B,..., c'est gens là vraiment, heu, c'est des facteurs à risque »

Il apparaît selon ces propos qu'il y a d'abord une perception liée aux soins présentant des risques énormes et d'autres qui n'en présentent pas. C'est ce que nous avons eu à démontrer plus haut sur la perception des soins à haut risque et des soins à risque réduit. Cette catégorisation des soins reste ainsi très influente quant à l'usage des moyens de protection. En effet, comme le laisse d'ailleurs entendre les propos de KS, les soins pour les personnes vivants avec le VIH et les personnes vivants avec le VHB sont des soins à risque qui nécessitent protection. Cette catégorisation des soins laisse ensuite apparaître une distinction des malades à risque. Cette entité a été également démontrée dans la partie descriptive. Il y a alors des malades à haut risque pour lesquels l'autoprotection des soignants est nécessaire. Cette distinction laisse entendre qu'il y a, à l'inverse des malades qui sont perçus comme ne

présentant aucun risque. Les soignants, et plus particulièrement les paramédicaux, ne trouvent pas, pour ces derniers cas, la nécessité de se protéger. Ce qui, pour les soins à haut risque et les soins à risque réduit, reste le plus déterminant est le rapport au sang. Selon les propos de WS aide infirmière au service des MI:

« parfois on ne porte pas de gants, on travaille comme ça... parfois s'il n'y a pas de danger, si tu es sûr que tu ne touches pas au sang, tu peux ne pas utiliser les... si tu sais que tu seras en contact avec le sang, tu utilises les gants.»

Le rapport au sang, comme on peut le lire sur ces propos de WS, est très déterminant quant à l'usage des moyens de protection. Ainsi, tout acte qui met en rapport direct avec le sang est perçu comme dangereux et impose une autoprotection aussi bien chez les médecins que chez les paramédicaux. Les moyens de protection sont ainsi utilisés selon qu'il y a ou pas contact avec le sang. Une autre perception reste également influente sur le comportement des soignants vis-à-vis des moyens de protection. Il s'agit de la perception de la protection hors et intra service. Selon F.F aide infirmière au service des MI :

« Il est plus important de se protéger dehors qu'à l'intérieur, parce que dehors on ne connaît pas les individus »

Ce qui apparaît dans ces propos, c'est que l'hôpital, de manière générale est perçu comme étant un lieu sécurisé où le statut des patients est bien connu. Ce qui n'est nullement le cas hors de celui-ci. D'où la nécessité de plus se protéger hors de l'hôpital qu'à l'intérieur de celui-ci. Ces différentes entités de la perception du risque influençant les pratiques professionnelles sont enfin coiffées par la convocation de la divinité en termes de protection. AM, sage femme au service de Neurologie, annonçait que :

« c'est Dieu qui protège tout le monde...oui...il ne faut pas beaucoup avoir peur de tous les risques qui sont ici dans l'hôpital.»

C'est dire avec AM, qu'au delà même de la prise de conscience des nombreuses menaces qui les guettent dans leur milieu de travail, la divinité est parfois convoquée comme bon protecteur. Ainsi les soignants se confient à lui pour une autoprotection face à ce contexte qui semble les dépasser en termes de risque.

4.4. LES RELATIONS DE SOIN : VERS UN COMPORTEMENT JUSTIFIÉ DES SOIGNANTS

Il importe d'emblée de souligner que, cette présente approche dans l'explication du comportement des soignants relève de ce que l'on peut appeler la « grounded theory ». C'est en d'autres termes un aspect qui est directement ressorti du terrain sans pour autant que nous ayons à le questionner dans la partie théorique de notre travail. En effet, si nous nous permettons un bref rappel sur les hypothèses de recherche, nous avons mis en relief trois facteurs pour l'explication du comportement des soignants. Il s'agissait d'abord de la perception du risque, ensuite de la connaissance de la maladie et enfin de l'environnement sanitaire interne. De fait, ce que nous appelons ici le comportement justifié est une pure découverte de terrain.

Nous nommons ainsi comportement justifié, toutes attitudes du soignant, visant à rendre conforme sa posture vis-à-vis des moyens de protection, aux exigences des patients. Il s'agit, autrement dit, des attitudes des soignants en tenant compte des patients.

La dynamique de cette découverte a commencé lorsque nous faisons un entretien avec le major de division C.T au service des maladies infectieuses où nos enquêtes ont débuté. En plein entretien, une aide infirmière dénommée F.F nous interrompt en parlant de ses nouveaux gants de couleur bleue que la division venait de recevoir. Son intervention devint alors une discussion intense avec le major CT en ces termes¹¹⁵ :

-MOI : est-ce de nouveaux gants ?

-F.F. : oui. C'est joli?

-MOI: oui, c'est joli.

-F.F: mais y'en n'a pas beaucoup, c'est un seul paquet.

-MOI : un seul paquet pour combien de personne ?

-F.F : tout le monde. Pour deux jours. On les laisse ici et chacun en prend quand il en a besoin, c'est pourquoi... ça fini vite. Ici, si tu économises on te dit que c'est pas bon, en plus ce n'est pas sûr d'économiser car on sait pas si le malade est infecté, tu peux pas, avec les mains nues, aller faire des soins...

-CT : moi c'est ce que je n'accepte pas...

-F.F: hé ! Arrêtes....

-C T : ça veut pas dire que quand tu le touches tu seras infecté ?

¹¹⁵ Nous mettons directement les extraits de la transcription du wolof au français.

-F.F : ça va maintenant, nous sommes des enfants, on n'a pas encore de mari et d'enfant, toi tu as déjà une femme...

-CT : il y avait une femme... je me dis hein,..., je te jure... Dieu est vraiment mystérieux, cette femme là, elle se protégeait tellement, elle était la meilleure en termes de protection,..., elle se protégeait tellement,..., jusqu'à ce qu'un jour elle se fait piquer, ce que Dieu décide on y peut rien. Elle se protégeait tellement qu'un jour je lui ai dit que ce que tu fais c'est trop flagrant, même les malades se rendent compte de ton comportement,..., mais vois-tu, Dieu l'a puni...

FF remplit un document et s'en va.

Dans notre carnet de terrain, nous avons pu noter, à travers cet entretien, l'évocation de la divinité en termes de protection, comme ci-dessus documenté, et le fait que les moyens de protection étaient frustrants. D'ailleurs, c'est ce que nous avons exposé lors de nos premières présentations des résultats de recherche¹¹⁶. Mais, en poussant plus loin sur le fait que les moyens de protection pouvaient être frustrants, nous en sommes arrivés à d'autres résultats. Nous avons, en effet vu que, les soignants adoptent parfois un comportement spécifique vis-à-vis des moyens de protection de sorte que le malade ne soit pas frustré. Ainsi, selon les propos de NF, aide infirmière au service des MI :

« Te am na tammit ne da nga ciy xool tammit malade yi...wa, da ngay xol tammit ni bo sollé say gant anh..dem ci malade yi mu mel né ñom febar bou ñu yoor da graw trop, fokk nga len di rassuré, di len ki dal...¹¹⁷ »

La chose qui apparaît est la prise en compte, dans les pratiques professionnelles, de la perception des malades par rapport aux moyens de protection que les soignants utilisent. Ce comportement, bien qu'étant déviant par rapport aux normes professionnelles reste en effet une norme pratique importante. Il est ici, beaucoup plus question de l'applicabilité des mesures de protection que de la connaissance des normes. Les normes professionnelles présentent ainsi, suivant la logique du comportement justifié, des limites que les soignants tentent de surmonter au quotidien. Le personnel soignant pense ainsi que le malade doit être rassuré et n'hésite pas, pour cela, de prendre des risques au quotidien. Il semble alors que c'est plus l'extériorité, traduit par le rapport au malade, que l'intériorité, qui est ce que le soignant ressent en lui, qui détermine les pratiques professionnelles face aux moyens de

¹¹⁶ Nous tenons ici à souligner l'apport, d'une importance capitale, du groupe de travail des étudiants sous l'encadrement du Professeur Sylvain Faye. Leurs remarques et suggestion, en particulier ceux du Professeur, nous ont propulsées sur cette piste de recherche.

¹¹⁷ Et il y a aussi le fait que tu tiens en compte les malades...Oui, tu te dis aussi que quand tu mets des gant...tu vas chez les malades comme s'il avaient des maladies très grave, il faut parfois les rassurer ...».

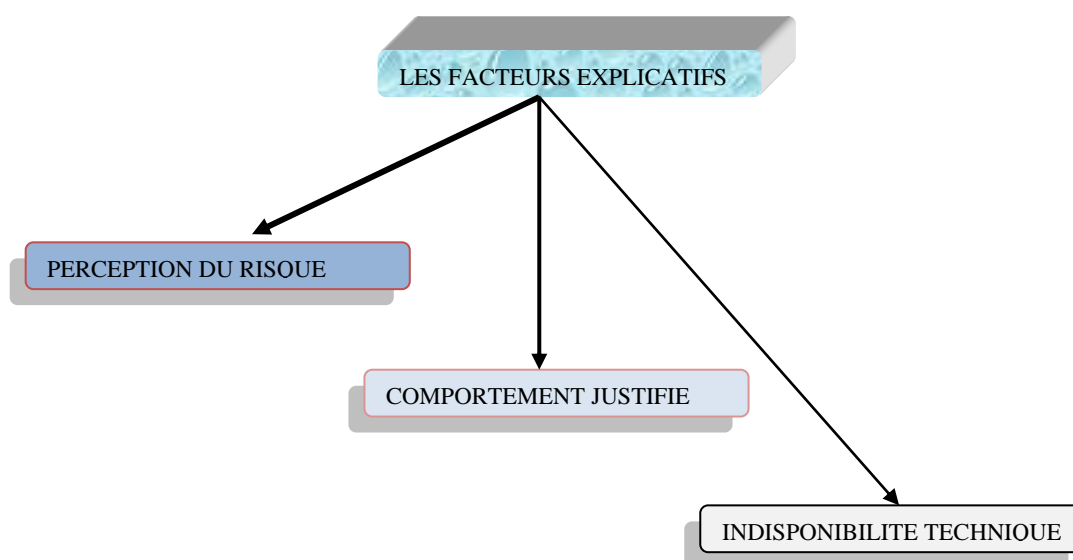
protection. Par ailleurs, le comportement justifié des soignants va du non usage total à un usage modéré des moyens de protection. Ainsi, comme le laisse entendre le major C.T du service des MI :

« Waw...Au moins sax nga soll benn gant ci loxo bi ngay gënë liggeye rekk... nga mënë gere malade yi, lolu lepp ci faj bi la¹¹⁸ »

La modération de l'usage des moyens de protection semble, selon ces propos de CT, une autre modalité du comportement justifié. Ici, il s'agit aussi bien d'une auto protection que d'une adaptation du comportement face aux malades. De fait, le soignant ne s'expose pas entièrement mais crée une marge d'auto protection. Ce comportement justifié semble ainsi faire partie intégrante de la profession de soignant. Ainsi, au-delà des normes professionnelles, les pourvoyeurs de soins créent des normes pratiques plus déterminantes dans l'explication de leurs pratiques.

Le schéma suivant donne un aperçu des différents facteurs explicatifs des pratiques professionnelles documentées.

Schéma 9 : récapitulation des facteurs explicatifs



Source : NDIONE Albert Gautier, 2009-2010.

¹¹⁸ Oui, au moins tu mets un seul gant dans la main avec laquelle tu travailles le plus...pour mieux gérer les malades, tout ça fait partie du travail ».

Conclusion générale

Sans doute, est-il légitime de considérer le monde des soignants comme un univers en soi, régi par des normes professionnelles s'imposant sur les individus qui le composent. Ces normes s'exercent le plus souvent sur des acteurs non seulement actifs, mais aussi, capables de développer des stratégies pouvant aboutir à des normes pratiques. Ainsi, dans un contexte où l'hépatite B se fait menaçante dans le monde des soignants, notre propos était de décrire les pratiques professionnelles liées à la maladie et d'en rechercher les facteurs explicatifs. En fait, une étude récente conduite dans des hôpitaux d'Afrique de l'Ouest estimait l'incidence des AES à environ 1,8 par chirurgien par an, 0,6 par infirmier par an et 0,3 par médecin par an. Une piqûre par aiguille creuse contaminée étant en cause dans près de 70% des cas¹¹⁹. Le VIH, les virus des hépatites B et C (VHB, VHC) étant au centre des préoccupations. Cependant, la probabilité de contact avec le VHB est, de toutes les AES, la plus élevée. En effet si celle-ci est de 0.3% pour le VIH et de 6% pour le VHC, elle est de 20 à 40% pour le virus de l'hépatite B¹²⁰. L'hépatite B est, par ailleurs définie comme étant une maladie professionnelle¹²¹. En effet les personnels travaillant dans les services d'urgence, les services impliquant des manipulations sanguines (les laboratoires par exemple), sont les plus exposés.

Or, du point de vue de la mise en œuvre de certaines normes dans les unités de traitement, les personnels de santé remettent en doute les processus de protection mis à leur disposition. Nos observations sur le terrain nous ont permis de constater que les pourvoyeurs de soins n'utilisent que très rarement les principes de protections que leurs impose la profession. Le lavage des mains ne suit pas toujours les procédés officiellement établis et dictés sous forme d'affiches devant les lavabos ; les aiguilles utilisées sont rarement isolées dans des conteneurs mais plutôt dans des poubelles ou des bouteilles que vident ensuite les techniciennes de surfaces ; le port des gants reste négligé ou se fait très incorrectement (usage d'un seul gant pour une seule main lors des prises en charge) ; les désinfectants (eau de javel, solution hydroalcolique, etc.) sont, parallèlement au lavage des mains, utilisés à d'autres fins. Ils adoptent par ailleurs des stratégies d'évitement et de mise à

¹¹⁹ REBAUDET S., KRAEMER P., SAVINI H., et al., « Le risque nosocomial en Afrique Intertropicale », op. cit., p.292.

¹²⁰ REBAUDET S., KRAEMER P., SAVINI H., et al., loc. cit.

¹²¹ OUZAN D., op. cit., p.27.

distance jugées plus efficaces dans la gestion au quotidien du risque de contamination¹²². C'est alors ce paradoxe constaté entre la présence du risque lié à l'hépatite B d'une part et les pratiques professionnelles de l'autre qui nous a conduits à la question de recherche à savoir quels sont les facteurs explicatifs des comportements à risque des soignants ? Pour guider la recherche, quelques facteurs ont été évoqués comme hypothèse de travail à savoir la perception puis la connaissance de la maladie et du risque qui lui est lié d'une part et le dispositif organisationnel de l'autre. Nos recherches de terrain nous ont conduits au CHUN de Fann où nous avons eu à cibler deux services selon des critères de sélection bien déterminés. Dans chaque service ciblé, des soignants ont été interrogés selon leurs catégories et leurs niveaux d'exposition au risque.

Les résultats de la recherche ont montré que les soignants sont indifféremment exposés au risque en fonction surtout de leurs catégories. En effet, on a pu constater qu'il y a une hiérarchisation des pratiques suivant les catégories. Par rapport au risque lié aux AES en général et au VHB en particulier, la catégorie des paramédicaux (infirmiers d'Etat, sages femmes, aides infirmiers, infirmiers brevetés) et des techniciens de surface effectuent les activités les plus exposantes (Dirty work selon ARBORIO) contrairement au médecin qui font les tâches nobles. Par ailleurs, par rapport à leurs caractéristiques sociodémographiques, ces paramédicaux et techniciens de surface sont les moins instruits avec un faible niveau d'expérience de travail et le statut, en général, de stagiaire. Ces derniers ont également été décrits comme développant le plus de normes pratiques. Celles-ci, émanant le plus souvent de l'environnement interne des soignants, restent le plus souvent des pratiques à risque. Elles ont beaucoup plus été observées chez les paramédicaux et les techniciens de surface que chez les médecins. C'est ainsi, après constat de ces pratiques à risque chez les soignants, que nous avons tenté d'en ressortir les principaux facteurs explicatifs. Nous avons constaté que les connaissances de la maladie de l'hépatite B ne semblent pas influencer sur leurs pratiques tandis que le dispositif technique, quant à lui, les influence peu. Les perceptions liées au risque hépatique nous ont semblé les plus déterminants dans l'explication des comportements des soignants quant à l'usage ou pas des moyens de protection. Cependant, au-delà de ces trois facteurs qui étaient d'ailleurs questionnés dans la partie théorique de notre travail, nous avons découvert sur le terrain, qu'il y a un comportement professionnel qui relève des rapports de soin ; les soignants adaptant le plus souvent leurs comportements aux malades.

¹²² HANE F., FALL A. S. et KONAN B. C., « L'appréhension des risques face à la tuberculose », op. cit., p.141.

Notre recherche connaît cependant quelques limites qu'il nous semble important de dévoiler. La réduction de notre échantillon à cause des manquants enregistrés a été de taille lors de nos analyses. La représentativité des différentes catégories était certes effective mais il y a certaines qui sont moins représentées que les autres. Par ailleurs, l'apparition, dans les discours des soignants du sida comme créateur d'un comportement professionnel nous a également semblé intéressante à documenter. Chose, par ailleurs que nous avons volontairement omis de faire. En effet, étant donné que nous travaillions sur l'Hépatite B, donc une maladie, nous n'avons pas voulu en suggérer une autre de peur que cela engendre une autre recherche Connaissance, Attitudes et Pratiques (CAP) sur le sida que nous envisageons d'ailleurs en termes de perspective de recherche.

Par ailleurs, en termes de perspectives, nous avons décelé quelques autres pistes de recherche en rapport direct avec les professionnels de santé dans leurs rapports aux malades. Il y a d'abord la question liée à la vaccination anti-hépatite des soignants. En fait, on a eu à constater qu'il y a des professionnels de santé qui ne sont pas vaccinés contre cette maladie qui les menace. La question de recherche que nous posons ici est celle de savoir quels sont les principaux facteurs explicatifs de l'absence de vaccination chez les soignants. Ensuite, en ce qui concerne le rapport soignant soigné, nous avons vu que les pourvoyeurs de soins adaptent parfois leurs comportements aux exigences des malades. Une piste de recherche nous semble ainsi ouverte sur la perception des patients sur les moyens de protection que mettent les soignants pour leur prise en charge.

Bibliographie

AKHDAR A., *Enquête nationale sur la vaccination anti-hépatite B chez les professionnels de la santé au Sénégal*, Thèse de doctorat, Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, UCAD, Dakar, 2000.

AKOUN A. et ANSART P. (Sous la dir. de), *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Seuil, 1999.

BENOIST J., « Sur la contribution des sciences sociales à l'explication médicale », in *Anthropologie et sociétés*, vol. 5 N° 2, Québec, Université Laval, 1981.

BLUMBERG B.S., DIOP B., et SOW M., « Epidémiologie de l'infection de l'hépatite à virus B dans la communauté rurale de Tip, Sénégal », in *Données actuelles sur les hépatites virales*, Paris, Arnette, 1985.

CATANAS M., « la question du sale boulot à l'hôpital : petite sociologie de la délégation des actes dans les professions de soins », Décembre 2008, in <http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/SaleBoulot.pdf>, consulté le 27 Octobre 2010 à 17H 22 à Dakar.

DIA B., *La prise en charge des malades du paludisme grave à la clinique des maladies infectieuses de l'hôpital FANN de Dakar*, mémoire de maîtrise, département de sociologie, Faculté des lettres et sciences humaines, Dakar, 2008.

DURKHEIM E., *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1977.

FALL S., VIDAL L. et GADOU, *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, l'Harmattan, 2005.

FAYE S.L., « l'anthropologie et l'intervention sanitaire dans le cadre de la lutte antipaludique au Sénégal : analyses des mises en acte du personnel soignant et usages des savoirs produits », in *Revue Sociologie, Anthropologie, Psychologie*, N°01, Presses Universitaires de Dakar, 2009.

HANE F., FALL A.S. et KONAN B.C, « L'appréhension du risque face à la tuberculose », in FALL S., VIDAL L. et GADOU, *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, l'Harmattan, 2005.

JAFFRE Y. et DE SARDAN J.-P.O. (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.

LAPLANTINE F., *L'anthropologie*, Paris, Payot, 2001.

LEFRERE J.-J., LUNEL F. et al., *Guide pratique des hépatites virales*, Paris, Editions Médicales Spécialisées, 1998.

LHUILIER D., NIYONGABO T., et ROLLAND D., *Prévenir le risque nosocomial. La balade infectieuse*, Paris, L'Harmattan, 2005.

MASSE R., *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin, 1995.

MBAYE S., *Le vécu et la prise en charge des personnes vivants avec le virus de l'hépatite B*, mémoire de maîtrise en Sociologie, Faculté des lettres et sciences humaines, UACD/Dakar, 2008.

MEBTOUL M., *Sociologie des acteurs sociaux. Ouvriers, médecins, patients*, Oran, publications GRAS, 2007.

NDOYE B., NDIAYE M., COUMBASSA J. et al., « Expériences sénégalaises dans la lutte contre les infections associées aux soins », in www.sante.gouv.sn/IMG/pdf/posterbizer.pdf, consulté le 6 Octobre 2010 à 11h50 à Dakar.

OUZAN D., *Les hépatites et leurs virus*, Paris, Ellipses, 2000.

PARDO M., « Sociologie et risque : nouveaux éclairages sur les facteurs sociaux et la participation publique », in *MANA*, Revue de Sociologie et d'Anthropologie, n° 10-11, Université publique de Navarre, 2002.

PERETTI-WATEL P., *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin, 2000.

PERETTI-WATEL P., « Risque et innovation : un point de vue sociologique », in *INNOVATIONS*, n° 18, Paris, Boeck Université, 2003.

POL S., *Les hépatites virales*, Paris, Doin, 2000.

QUARANT J. F., REBOULOT B. et CASSUTO J.P., *Hépatites virales*, Paris, Masson, 1996.

RHANIM H., « Hépatite B : connaissances, attitudes et pratiques chez les professionnels de la santé au CHU de Rabat (Maroc), thèse de doctorat en Médecine, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2001.

REBAUDET S., KRAEMER P., SAVINI H., et al., « Le risque nosocomial en Afrique Intertropicale - Partie 3 : Les infections des soignants », *Médecine tropicale*, n°67, 2007.

Revue Sociologie, Anthropologie, Psychologie, N°01, Presses Universitaires de Dakar, 2009.

ROMIEU I, SOW I, LU S, LAROQUE G. et al. « Prevalence of hepatitis B markers among hospital workers in Senegal. » *Medecin Virology*, n°4, 1989.

SARDAN (DE), J.-P.O., « Pourquoi le malade anonyme est-il si “maltraité” ? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé », in JAFFRE Y. et DE SARDAN J.-P.O. (sous la dir. de), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.

SAN MARTIN H., *Santé publique et médecine préventive*, Paris, Masson, 1987.

TARANTOLA A., « Les risques infectieux après accident exposant au sang ou aux liquides biologiques », Groupe d'Etude des Risques d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES), Faculté X. BICHAT, Paris, France, in <http://www.geres.org/docpdf/hg03at.pdf>, consulté le 02-07-10 à 12H52mn à Dakar.

TREMBLEY M.-A., « l'anthropologie de la santé en tant que représentation », in DUMONT F. et MARTIN Y., *Imaginaire social et représentations collectives*, Québec, les Presses de l'Université Laval, 1982.

TOFFOL (DE) B. et BAGROS P., *Introduction aux sciences humaines en médecine*, Paris, Ellipse, 2001.

YENI P., (sous la dir. de), *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, Paris, Flammarion, 2006.

Table des matières

SOMMAIRE.....	1
INDEX DES SCHÉMAS	6
INDEX DES TABLEAUX.....	6
INTRODUCTION GÉNÉRALE	8

PREMIÈRE PARTIE :

CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.....	12
--	----

CHAPITRE I : LE CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE	12
1.1. REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE	12
1.2. PROBLÉMATIQUE.....	20
1.3. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	27
1.3.1. Hypothèse principale	27
1.3.2. Hypothèses secondaires	27
1.3.3. Schéma récapitulatif des hypothèses	28
1.3.4. Commentaire	28
1.4. OPÉRATIONNALISATION DES CONCEPTS	29
1.4.1. Le risque hépatique	29
1.4.1.1. Définition	30
1.4.1.2. Opérationnalisation.....	30
1.4.2. Le comportement à risque	32
1.4.2.1. Définition	32
1.4.2.2. Opérationnalisation.....	33
1.5. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	35
1.5.1. Objectif général.....	35
1.5.2. Objectifs spécifiques.....	35
1.6. CONTEXTE ET PERTINENCE DU SUJET.....	35
1.7. DÉFINITION DE QUELQUES TERMES	36
1.7.1. La maladie.....	36
1.7.2. Le risque	38
1.8. MODÈLE D'ANALYSE : LA SOCIOLOGIE DU RISQUE.....	40

CHAPITRE 2 : LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE	42
2.1. LE CADRE DE L'ÉTUDE	42
2.2. DÉLIMITATION DU CHAMP	42
2.3. LES SERVICES CIBLES	43
2.4. LES CRITÈRES DE SÉLECTION ET SERVICES DU CHOIX	44
2.5. LA POPULATION DE L'ENQUÊTE	46

2.6.	L'ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE	46
2.7.	LES MÉTHODES ET TECHNIQUES DE RECHERCHE	47
2.7.1.	<i>La recherche documentaire</i>	47
2.7.2.	<i>La méthode quantitative</i>	48
2.7.2.1.	Le questionnaire C.A.P.....	48
2.7.2.2.	La recension des données	49
2.7.3.	<i>La méthode qualitative</i>	49
2.7.3.1.	L'entretien semi-directif	49
2.7.3.2.	L'observation directe	50
2.8.	L'ENQUETE DE TERRAIN.....	51
2.8.1.	<i>La pré-enquête</i>	51
2.8.2.	<i>Le terrain proprement dit</i>	51
2.8.3.	<i>Les difficultés rencontrées</i>	53
2.9.	LE TRAITEMENT DES DONNÉES	55

DEUXIÈME PARTIE :

HÉPATITE B, EXPOSITION AUX RISQUES, PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET FACTEURS EXPLICATIFS	57
--	----

CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE L'HÉPATITE B	57
1.1. L'HÉPATITE B : DÉFINITION	57
1.2. L'HÉPATITE B : POUR UNE APPROCHE ÉTIQUE DE LA MALADIE	58
1.2.1. <i>Le virus de l'hépatite B</i>	58
1.2.2. <i>Les symptômes de la maladie</i>	58
1.2.3. <i>Les modes de transmission de la maladie</i>	59
1.2.4. <i>Les modes de traitement de la maladie</i>	60
1.2.5. <i>Les complications de la maladie</i>	60
1.3. ACCIDENTS PROFESSIONNELS ET PRÉCAUTIONS STANDARDS	61
1.4. ÉPIDÉMIOLOGIE	62
1.5. LES MOYENS DE PROTECTION CONTRE LA MALADIE	63
1.5.1. <i>Mesures générales de protection</i>	63
1.5.2. <i>La vaccination</i>	63
CHAPITRE 2 : IDENTIFICATION DES SOIGNANTS	65
2.1. DISTINCTION DES CATÉGORIES DE SOIGNANTS	65
2.2. NIVEAU D'IMPLICATION DANS LES ACTIVITÉS DE PRISE EN CHARGE	66
2.3. LES CONTACTS AVEC LE SANG	67
2.4. LES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG SELON LES CATÉGORIES DE SOIGNANT	69
2.5. LA DÉLÉGATION DES TACHES.....	70
2.6. LES CATÉGORIES DE SOIGNANTS ET LEURS CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES	72
CHAPITRE 3 : LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	78
3.1. LE PORT DES GANTS	78
3.2. LE LAVAGE DES MAINS.....	78
3.3. L'USAGE DES CONTENEURS A AIGUILLE	80
3.4. STRATÉGIES DES SOIGNANTS FACE AUX RUPTURES	81

CHAPITRE 4 : LES FACTEURS EXPLICATIFS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	83
4.1. LES CONNAISSANCES DE L'HÉPATITE B.....	83
4.1.1. Description et analyse des connaissances de l'hépatite B	83
4.1.2. Le rapport entre les connaissances et les pratiques des soignants.....	97
4.2. LES NORMES PROFESSIONNELLES ET DISPOSITIFS ORGANISATIONNELS DES SERVICES	99
4.2.1. Le service des maladies infectieuses	99
4.2.2. Le service de neurologie	102
4.2.3. Dispositif organisationnel et pratiques professionnelles	104
4.2.3.1. L'indisponibilité technique comme facteur explicatif	105
4.2.3.2. L'urgence des interventions et comportements professionnels	107
4.2.3.3. Vers une rationalisation des gants face à l'insuffisance	108
4.3. LES CONNAISSANCES ET PERCEPTIONS DU RISQUE	109
4.3.1. Description et analyse des connaissances et perceptions du risque chez les soignants	109
4.3.2. Perception du risque et attitudes professionnelles.....	118
4.4. LES RELATIONS DE SOIN : VERS UN COMPORTEMENT JUSTIFIÉ DES SOIGNANTS.....	121
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	124
BIBLIOGRAPHIE.....	127
TABLE DES MATIÈRES.....	131

ANNEXES

Annexes 1

Tableau1 : autres moyens de protections possédées 1

Effectif	Fréquence	Pour cent
Valide	56	70
vaccination	2	2,5
port des gants	6	7,5
hygiène des mains	4	5
préservatif	4	5
stérilisation matériel	1	1,25
autre	1	1,25
prévention des AES	6	7,5
Total	80	100

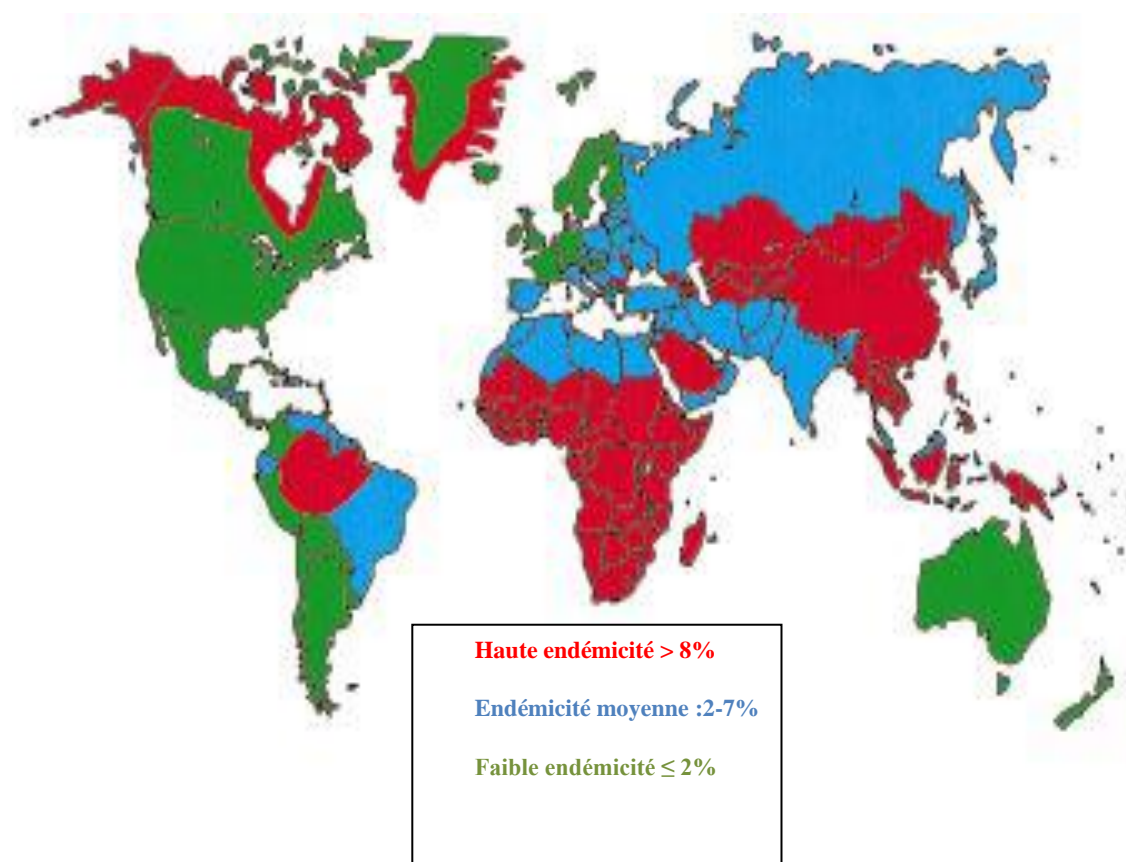
Tableau2 : autres moyens de protections possédées 2

Effectif	Fréquence	Pour cent
Valide	69	86,25
vaccination	1	1,25
port des gants	1	1,25
hygiène des mains	3	3,75
éviter contact avec le sang	1	1,25
préservatif	4	5
autre	1	1,25
Total	80	100

Tableau3 : autres moyens de protections possédées 3

Effectif	Fréquence	Pour cent
Valide	77	96,25
préservatif	1	1,25
stérilisation matériel	2	2,5
Total	80	100

Annexe 2 : répartition géographique de l'épidémiologie du VHB



Source : OMS, <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF01/www687.pdf>

☐OUI ; ☐NON

18. Si OUI, décrivez cet accident ?

☐Coupure ; ☐Piqûre ; ☐blessure ; ☐autres à préciser :

19. Qu'avez-vous fait ?

.....

II. CONNAISSANCES ET PERCEPTIONS DE L'HEPATITE B

20. Pour vous qu'est ce que l'hépatite B ?

.....

21. À quelle catégorie de maladie classez-vous l'hépatite B ?

☐Maladie très grave ; ☐maladie grave ; ☐maladie pas grave ;

22. Pourquoi ?

.....

23. Quel est d'après vous le virus responsable de l'hépatite B ?

24. Quels sont selon vous les modes de transmission de l'hépatite B ?

.....

25. Quels sont selon vous les signes de l'hépatite B ?

.....

26. Quelles sont selon vous les complications que peut générer l'hépatite B ?

.....

27. Quels sont d'après vous les moyens de protection contre la maladie ?

.....

28. comment avez vous acquis ces connaissances ?

.....

29. Que pensez-vous personnellement de l'hépatite B ?

.....

30. Y a-t-il un autre mot autre que l'hépatite B que vous utilisez pour nommer cette maladie ? ☐OUI ; ☐NON ; ☐NSP

31. Si OUI, quel est ce mot ?

32. Avez-vous peur de l'hépatite B ? ☐ OUI ; ☐NON ; ☐NSP

III. CONNAISSANCES ET PERCEPTIONS DU RISQUE

33. Pensez-vous, par rapport à l'hépatite B, être soumis à un risque ? ☐OUI ; ☐NON

34. Si NON pourquoi ?

.....

35. Si OUI, quel est ce risque ?

36. A quel niveau d'importance évaluez-vous la présence de ce risque dans l'exercice de votre profession ?

☐ Risque très fréquent ; ☐ Fréquent ; ☐ Peu fréquent ; ☐ Absence total de risque.

37. A quel moment pensez-vous être soumis à ce risque ?

☐ A tout instant ; ☐ lors des soins ; ☐ lors des prélèvements ; ☐ lors des analyses ;
autre à préciser.....

38. Qu'est ce qui vous expose le plus au risque lié à l'hépatite B ?

☐ Manipulation du sang ; ☐ manipulation des outils ; ☐ contact avec le malade ;
☐ échange avec le malade ; ☐ Autre

39. Avez-vous peur du risque lié à l'hépatite B ? ☐ OUI ; ☐ NON

40. Pourquoi ?
.....

41. Pensez-vous être protégé contre le risque lié à l'hépatite B ? ☐ OUI ; ☐ NON

42. Quels sont vos moyens de protections contre ce risque ?
.....

43. Pensez-vous que ces moyens sont efficaces pour votre protection ? ☐ OUI ; ☐ NON

44. Pourquoi ?
.....

45. Considérez vous que c'est important de se protéger ? ☐ OUI ; ☐ NON

46. Y a-t-il un mot que vous utilisez pour désigner ce risque ? ☐ OUI ; ☐ NON

47. Si OUI, quel est ce mot ?

IV. ENVIRONNEMENT SANITAIRE INTERNE ET GESTION DU RISQUE

48. Y a-t-il un équipement que vous fourni le service pour votre protection ?

☐ OUI ; ☐ NON

49. Quel est cet équipement ?
.....

50. Pensez-vous qu'il est adéquat pour une bonne protection ? ☐ OUI ; ☐ NON

51. Si NON pourquoi ?
.....

52. Y a-t-il dans le service des espaces réservés au lavage des mains ? ☐ OUI ; ☐ NON

53. Est-ce que le service vous fourni des moyens de désinfecter les souillures ?

☐ OUI ; ☐ NON

54. Quels sont ces moyens ?
.....

55. Arrive-t-il qu'il y ait des ruptures de stock de l'équipement pour votre protection ?

☐ OUI ; ☐ NON

56. De quels équipements s'agit-il ?
.....

57. Utilisez-vous ces moyens que le service met à votre disposition ? ☐ OUI ; ☐ NON

58. Y a-t-il des moments de partage de l'information sur les mesures de précautions à prendre ? ☐OUI ; ☐NON

59. Si OUI quels sont les modes de partage de cette information ?

☐Affiche ; ☐cours ; ☐ateliers de travail ; ☐discussions ; ☐Autres

60. Sur quoi porte l'information partagée ?

.....

V. ATTITUDES ET PRATIQUES FACE AU RISQUE LIE A L'HEPATITE B

61. Dans vos activités de soin, utilisez-vous des moyens de protection ? ☐OUI ; ☐NON

62. Si OUI, quels moyens utilisez-vous ?

.....

63. Arrive-t-il que vous travailliez parfois sans utiliser des moyens de protections ?

☐OUI ☐NON

64. SI OUI, pourquoi ?

☐Par négligence ; ☐Pas l'habitude ; ☐Indisponibilité du matériel ; ☐Pas nécessaire ;
☐Pas de danger ; ☐Autre à préciser :

65. D'où proviennent ces moyens que vous utilisez ?

☐Du service ; ☐De moi-même ; ☐Autre à préciser :

66. Hormis les moyens mis à votre disposition par le service, de quels autres moyens disposez-vous ?

.....

67. Avez-vous des stratégies individuelles pour gérer le risque ? ☐OUI ; ☐NON

68. Si Oui de quelles stratégies s'agit-il ?

.....

69. Si NON pourquoi ?

.....

70. Quels sont d'après vous les moyens les plus efficaces ?

☐Ceux du service ; ☐Les miens ; ☐autres à préciser :

71. Pourquoi ?

.....

MEMOIRE DE MAITRISE

SUJET : Maladies infectieuses en milieu professionnel : connaissances, attitudes et pratiques des soignants face au risque lié à l'hépatite B au CHU de FANN

GUIDE D'ENTRETIEN

- I. IDENTIFICATION**
- II. CONNAISSANCES ET PERCEPTIONS DE L'HEPATITE B**
- III. CONNAISSANCES ET PERCEPTIONS DU RISQUE**
- IV. ENVIRONNEMENT SANITAIRE INTERNE ET GESTION DU RISQUE**
- V. ATTITUDES ET PRATIQUES FACE AU RISQUE LIE A L'HEPATITE B**

GRILLE D'OBSERVATION

I- CADRE

- Position géographique du service dans l'hôpital ;
- Nombre de pièce dans le service ;
- Utilité de chaque pièce ;
- Equipement de chaque pièce (lits, robinets, toilettes, ventilateurs, etc.) ;
- Décor.

II- LE DISPOSITIF ORGANISATIONNEL

- Disponibilité des gants ;
- Disponibilité des masques chirurgicaux ;
- Disponibilité des lunettes ;
- Autres moyens de protection disponible ;
- Point de lavage des mains ;
- Moyens de désinfection ;
- Disponibilité des conteneurs.

III- LE RAPPORT SOIGNANT-SOIGNE

- Acteurs concernés ;
- Rapport au sang ;
- Présence ou absence de communication ;
- Distance par rapport au corps malade ;
- Evitement des malades ;
- Stigmatisation ;
- Exclusion.

IV-LE RESPECT OU NON DES MESURES DE PROTECTION

- Port des gants ;
- Port de masque ;
- Port des lunettes ;
- Effectivité d'autres moyens de protection ;
- Lavage des mains ;
- Désinfection en cas d'accident ;
- Evitement des blessures ;
- Rapport aux outils souillés ;
- Usage des conteneurs.